

THESIS. AMSTERDAM
1894,

BOUMAN...

LANE

MEDICAL



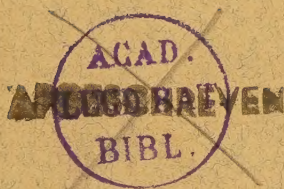
LIBRARY

Gift of
Mr. William Wreden

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF.



BIJDRAGE TOT DE KENNIS DER
GEWRICHTSNEUROSEN.



L. BOUMAN.

misc



BIJDRAGE TOT DE KENNIS DER
GEWRICHTSNEUROSEN.



BIJDRAGE TOT DE KENNIS DER GEWRICHTSNEUROSEN.

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE,

AAN DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM,

OP GEZAG VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS

DR. D. E. J. VÖLTER,

Hoogleeraar in de faculteit der Godgeleerdheid,

IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN

op Woensdag 12 December 1894, des namiddags ten 3½ ure,

IN DE AULA DER UNIVERSITEIT,

DOOR

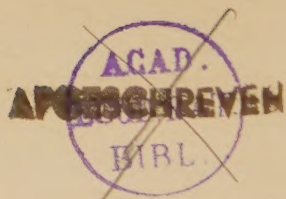
LIBERTUS BOUMAN,

ARTS,

Geboren te Sappemeer.

LEIDEN. — D. DONNER.

1894.



AAN MIJNE OUDERS.



Hoogst welkom is mij de gelegenheid, door dit proefschrift geboden, om aan U, Hoogleeraren en Docenten der Medische en der Philosophische Faculteit, openlijk mijn dank te betuigen voor het onderwijs, dat ik van U heb mogen ontvangen.

Inzonderheid een woord van dank en erkentelijkheid aan U, Hooggeleerde ROTGANS, Hooggeachte Promotor, voor de groote mate van welwillendheid, die ik bij dezen arbeid van U heb ondervonden.

INLEIDING.

In 1872 schreef ESMARCH een verhandeling over gewrichtsneurosen. Vóór hem hadden reeds verschillende auteurs zich met dit onderwerp bezig gehouden en toch kon hij in dat jaar schrijven, dat er nog zeer bekwame en ervaren artsen waren die het niet kenden. Vandaar dat deze aandoening bijna altijd met ontsteking werd verward, zeer tot schade van de patienten. Ook LEHMANN wees in 1883 op dit gevaar, ¹⁾ terwijl CHARCOT nog in 1886 hierop wijst, waar hij zegt: ²⁾ „c'est une affection assez peu connue encore, je le crois, bien qu'à la suite de BRODIE elle ait été l'objet de travaux importants en Angleterre d'abord, en suite en France, puis enfin en Allemagne et en Italie.”

Met zulke uitspraken voor oogen is het m. i. wel gemotiveerd bij deze aandoening ook nu nog eens stil

¹⁾ LEHMANN, Berl. klin. Wochenschr. 1883, pag. 258.

²⁾ Leçons sur les mal. du syst. nerv. 1887, T. III, pag. 371.

te staan, te meer daar de differentieele diagnose niet altijd even gemakkelijk is. In het door mij te beschrijven geval b. v., voorgekomen op de chirurgische afdeling van Prof. ROTGANS te Amsterdam, kon ten slotte slechts een operatie meerdere zekerheid aangaande den aard der aandoening geven. Deze operatie toch — als exploratief-operatie ondernomen — bracht afwijkingen aan het licht, die imponeerden als mogelijke veranderingen door langdurige inactiviteit bij gewrichtsneurose.

Ook zag ik meer dan één geval in het binnengasthuis te Amsterdam, dat elders langen tijd als ontsteking vruchteloos behandeld was, onder de gewone behandeling der gewrichtsneurosen vrij snel tot genezing komen. Dat te zamen maakte mijne belangstelling in dit onderwerp gaande. Ik vond er een bewijs in dat de woorden van ESMARCH e. a. ook tegenwoordig nog niet geheel een anachronisme zijn geworden en tevens een aansporing om nog eens uitvoeriger op de eigenaardigheden dezer aandoening te wijzen. Het spreekt van zelf dat, waar in deze bijdrage sprake is van gewrichtsneurosen, neuralgieën of arthralgieën, diè gewrichtsveranderingen zijn buitengesloten, welke voorkomen bij bepaalde ziekten van het centrale zenuwstelsel, als syringomyelie, tabes dorsalis enz.

HOOFDSTUK I.

Actiologie en wezen.

In het jaar 1818 werd voor het eerst door den beroemden Engelschen chirurg BRODIE ¹⁾ die eigenaardige aandoening der gewrichten beschreven, waarbij pijn het voornaamste symptoom is. In de vertaling van SOER ²⁾ vinden we haar afzonderlijk behandeld als: Neuralgie der Gelenke. BRODIE verdeelt de oorzaken van deze neuralgie in periphære of centrale.

Een enkele maal was volgens BRODIE die periphære oorzaak de eigenlijke causa morbi. B. v. in een geval van EVERARD HOME, waarbij een aneurysma van de arteria crur. eenige takken van den nervus crur. drukte en zoo de pijn veroorzaakte. Ook MAYO ³⁾ deelt een

¹⁾ Pathological and surgical observations on diseases of the joints. London 1818.

²⁾ Ueber Krankheiten der Gelenke. 1853, pag. 168.

³⁾ Grundr. d. spec. Path. a. d. Engl. von Amelung. Th. I, pag. 112.

geval mede van zenuwprikkeling door kraakbeenige en beenige plaatjes, die de achterste wortels bedekten van de zenuwen welke het kniegewricht voorzien.

Naar onze tegenwoordige begrippen worden zenuwverschijnselen door anatomisch aantoonbare veranderingen als bovengenoemde veroorzaakt, natuurlijk niet meer tot de neurosen gerekend, evenmin als het iemand zal invallen bij stembandverlamming tengevolge van een aneurysma aortae b. v. tegenwoordig nog van een neurose te spreken.

Overigens zullen periphere oorzaken stellig meer hare gevolgen toonen bij een bestaande praedispositie of zelf praedisponerend werken. Zoo treedt volgens STROMEYER e. a. dit lijden soms op bij gastrische stoornissen. ¹⁾ Evenzoo bij prikkeling van pis- en geslachtsorganen door urine, niergruis, blaassteen, stricturen, masturbatie enz. ²⁾ Nu weten wij dat deze en dergelijke ziekten vaak in nauw verband staan met neurasthenische en hysterische toestanden, die immers voor ons gewrichtslijden praedisponeren!

Hetzelfde geldt voor de nerveuse gewrichtspijnen, die soms optreden bij pijnlijk uteruslijden

Hiernaast staan nog vele — vaak onverklaarbare gevallen van traumatischen oorsprong, waarop vooral in den laatsten tijd wat meer de aandacht gevestigd is.

¹⁾ Handbuch der Chir., Freiburg 1844.

²⁾ ESMARCH, Ueber Gelenkneurosen, 1872, pag. 6.

ESMARCH beschrijft van deze aandoening ettelijke voorbeelden, waarbij na een val bij schaatsenrijden, of na val van het paard, of bij stooten tegen een lantaarnpaal contusie of distorsie van een gewricht optrad met opvolgende sereuse of bloederige vochtuitstorting. Als deze geresorbeerd is blijven de neuralgische klachten over. Hij meent hier met recht te kunnen zeggen, dat de oorspronkelijk ontstekingachtige aandoening overgaat in een nerveus lijden, waartoe medewerkt een inconsequente behandeling, die te zeer verzwakt, of een te teere zorg voor den patient.¹⁾

Hierin is wellicht veel waars; doch het blijft de vraag, of hier ook niet mede aan arthritis deformans, osteochondritis dissecans (KOENIG) of aan adhaesies moet gedacht worden.

Dit geldt misschien ook voor de gevallen medegedeeld door AUDRY en PONCET,²⁾ waarbij oude afgeloopen ontstekingen ten slotte enorme pijnen gaven, die amputatie noodig maakten en waarbij de autopsie volstrekt geen afwijkingen gaf, die ook maar eenigszins de pijnen konden verklaren. VOLKMANN³⁾ brengt zulke gevallen ook tot de gewrichtsneuralgieën.

Daarnaast staat de grootste groep, n. l. de gevallen met centrale oorzaak,⁴⁾ welke volgens BRODIE

¹⁾ L. c. pag. 5, 6.

²⁾ Revue de Chir. 1888, pag. 829.

³⁾ PITHA und BILLROTH, Handb. d. Chir. 1872. Bd. II, pag. 678.

⁴⁾ Cf. pag. 5—6.

wortelt op hysterischen bodem. Als aanleidende oorzaak wordt hier vaak opgegeven een geringe slag of stoot van het gewricht zelf of een psychisch trauma, b. v. een schrik of de vrees voor gewrichtsaandoening naar aanleiding van een arthritis bij broeder of zuster. ¹⁾ Ook wel een sterk bloedverlies b. v. na abortus. ²⁾ En ook vaak is hier zelfs geen aanleidende oorzaak te vinden.

Zijne beschouwing als zoude het gewrichtslijden zijn een neuralgie en hyperaesthesie der zenuwen, die deze gewrichten en de huid in hunne omgeving van sensible takken voorzien, wordt in hoofdzaak door ESMARCH gedeeld, volgens zijne voordracht in 1872 voor de vereeniging van Sleeswijk-Holsteiner artsen gehouden.

Van deze opvatting wijkt WERNHER ³⁾ af, die de „nervöse Coxalgie” beschouwt als eene locale prikkeling van bepaalde zenuwen, vaak overgebleven na een insult. W. zegt, dat ze meest voorkomt bij meisjes en knapen, die in de periode van krachtige skeletontwikkeling zijn, niet juist in die van geslachtelijke ontwikkeling; dus bij individuen van 8—12 jaar. Doch ook wel veel vroeger. ⁴⁾ Zij staat echter in verband met de ontwikkeling en zal wellicht hetzelfde zijn als wordt

¹⁾ SOER, l. c. pag. 169.

²⁾ BERGER, Berlin. klin. Wochenschr. 1873, pag. 257.

³⁾ Zeitschrift für Chir. 1872, pag. 1.

⁴⁾ L. c. pag. 46, 47.

verstaan onder groei, d. i. misschien een sterkere hyperaemie der z. g. epiphysenlijnen. Bij deze komen nu volgens W. normaal geen reflexbewegingen en uitstralende pijnen voor, wat moet verklaard worden uit de verschillende wijze waarop been, kraakbeen en gewrichten van zenuwen voorzien worden.¹⁾ Soms echter ontstaat door die epiphysaire hyperaemie eene pathologische prikkeling van bepaalde gewrichtszenuwen. Deze geeft pijn, reflectorische contractie der overeenkomstige spieren en hyperaesthesie daar ter plaatse. De spiercontractie drukt den kop weer verder in de pan; daardoor worden weer zenuwen geprikkeld, die nu weder pijn en contractie geven en zoo treedt een circulus vitiosus op. Verschijnselen van algemeen gestoord zenuwleven komen bij zijne patienten vrijwel niet voor. Hij meent dat men hier niet speciaal met eene aandoening van het centrale zenuwstelsel te doen heeft, hoewel hij een lange lijst van auteurs aanhaalt die zich alle, evenals ESMARCH, op het standpunt van BRODIE stellen en zeggen, dat het is de locale uiting van een algemeen gestoord centraal zenuwstelsel. Vandaar dat ze o. a. veel voorkomt bij jonge dames, vooral uit den hoogereren stand. Door eene verkeerde opvoeding verweekelijkt, bezoeken ze bovendien late gezelschappen, allerlei slecht geventileerde gebouwen, slapen den volgenden dag lang, hebben slechts weinig lichaams-

¹⁾ L. c. pag. 48.

beweging en beginnen zoo te lijden aan bloedarmoede, stoornissen in bloedcirculatie en menstruatie. Zóó treden ten slotte allerlei nerveuse klachten op, die men dan tegelijk met de gewrichtsaandoening opmerkte en kwam men er toe dit lijden als exquisiet hysterisch te beschouwen. Reeds ESMARCH vond echter dat het beeld der hysterie niet noodzakelijk aanwezig behoeft te zijn — vandaar dat hij beter vindt te spreken van arthralgie, nerveuse gewrichtspijn, gewrichtsneurose ¹⁾ — hoewel zijne gronden, dat deze ziekte ook bij degelijk en flink opgevoede, gezonde dames, bij boerendeernen blozende van gezondheid en bij dienstboden, ja, nu en dan bij mannen voorkomt, geen steek houden. Wij weten dat de invloed van geslacht, opvoeding en stand, hoe belangrijk stellig, niet te hoog mag worden aangeslagen.

BERGER ²⁾ geeft aan den naam „neuralgie der gewrichten” de voorkeur, omdat we hieraan direct een bepaald beeld vastknoopen, terwijl „neurose” ons daaromtrent in het donker laat. SFRÜMPPELL ³⁾ daarentegen vindt hierop wel iets af te dingen en zegt er van: Men heeft den naam neuralgie gekozen, ofschoon een gelijksoortig typisch optreden der pijnen, als bij de echte neuralgieën, hierbij niet voorkomt en ofschoon bovendien gewoonlijk eene rij van andere symptomen

¹⁾ L. c. pag 5.

²⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1873, pag. 256.

³⁾ Lehrb. d. spec. Path. u. Ther. Bd. II, Th. I, pag. 41.

voorhanden is, die bij de echte neuralgieën niet waargenomen worden.

Vooral CHARCOT heeft zich veel moeite gegeven het wezen der aandoening vast te stellen en wel naar aanleiding van een geval van traumatische „coxalgie hysterique” bij een man, met pijn in de heup en in de knie, waarbij hij doet uitkomen, hoe de hysterie zich schijnbaar geheel lokaal kan vertoonen, ook wel bij den man. Verschillende voorbeelden worden daarvan aangehaald, die bewijzen, dat elk soort van trauma hier de hysterie kan te voorschijn roepen. Vandaar dat CHARCOT tot de conclusie komt: ¹⁾

„l' Hysterie peut exister chez l'homme adulte même vigoureux, chez l'artisan non énérvé par la culture intellectuelle; aussi elle peut se révéler tout d'abord sous la forme d'une affection purement locale en apparence, telle que, par exemple, la paralysie ou la contracture d'un membre.”

Om nu beter de condities en het mechanisme te kennen, die voornamelijk in het spel zijn bij het optreden van de hysterische coxalgie, heeft CHARCOT de symptomen er van kunstmatig te voorschijn geroepen en wel door middel van het hypnotisme. Hij heeft daarvoor twee hysterische vrouwen gehypnotiseerd. Bij de eene werd in den toestand van somnambulisme de dij wat gedraaid in het heupgewricht en direct trad pijn op in

¹⁾ L. c. pag. 371.

de heup en, merkwaardigerwijze, ook in de knie, hoewel deze niet in het minst getorqueerd was!

Aan de andere werd, toen ze in diepe hypnose was, plechtig verzekerd dat ze juist op de heup gevallen was en in levendige kleuren voorgesteld welke pijnen daarvan het gevolg zouden zijn en zie, tegelijkertijd trad de pijn in de heup op en tevens in de knie, hoewel van deze laatste niet gesproken was!

Ook was hierbij zeer opmerkenswaardig, dat deze patiente te voren over de geheele zijde anaesthetisch was, doch nu een cutane hyperaesthesie had ter hoogte van heup en knie.

Toen ze wakker werden ontkenden beiden dat dit haar opgedrongen was, maar beweerden, dat ze gedurende een hysterisch toeval de heup gestooten hadden.¹⁾

Het valt dus direct op dat er eene merkwaardige overeenkomst bestaat tusschen de symptomen van arthralgie in den hypnotischen toestand te voorschijn ge-roepen en die bij den hystericus, die ze vertoonde na een „choc nerveux” zooals b.v. voorkomt bij een levendige emotie, bij grooten schrik bij een spoorwegongeluk enz. CHARCOT meent dan ook dat deze hypnotische toestand en de toestand, die optreedt ten gevolge van choc nerveux in meer dan één opzicht volkomen met elkaar overeenkomen.

In beide gevallen is de *spontanéité psychique*,

¹⁾ L. c. pag. 390—391.

de wil, het oordeel meer of min gedeprimeerd, beneveld en dan zijn suggesties gemakkelijk; ook het geringste trauma, een extremiteit treffend, kan een paralyse, een contractuur of arthralgie te voorschijn roepen.

Ook PAGE is van dit gevoelen: We are... disposed to believe that the primary seat of functional disturbance lies in the brain itself, and that as in the hypnotic state... there is a temporary arrest in the function of that part of the sensorium which presides over and controls the movements and sensations of the periphery.¹⁾ Beide toestanden vergelijkend, „il ne s'agit (ainsi) en somme, que d'une question de quantité, non d'une dissemblance foncière, de telle sorte que l'on peut arguer d'une différence d'impressionnabilité des sujets.”²⁾

Vandaar ook dat precies dezelfde symptomen optreden, hetzij een licht trauma in hypnose of een zwaarder gedurende een choc nerveux inwerkt.

Beide hebben een sensatie opgewekt, die de idee van pijn deed geboren worden en dat op een oogenblik dat het ik beneveld was; zóó heeft zich die idee in den geest genesteld en werd nu krachtig genoeg om zich objectief te realiseeren, in ons geval onder den vorm van arthralgie, een „arthralgie psychique”

¹⁾ Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion, and nervous shock. London 1885, pag. 207. (Aangehaald door CHARCOT.)

²⁾ CHARCOT, l. c. pag. 355.

ontstaan door een „suggestion traumatique.” Op zich zelf was het trauma niet voldoende, maar de omstandigheden waaronder het trauma inwerkte maakten de suggestie blijvend:

„Sans doute la hanche souvent a éprouvé un ébranlement, peut être même une contusion plus ou moins prononcée, mais cette action locale n'a pas déterminé de lésions organiques serieuses, et la douleur qu'elle a produite ne s'est développée, exagérée et définitivement établie sous forme d'arthralgie permanente qu'en raison de l'état psychique produit par le choc nerveux.” ¹⁾

Deze choc nerveux nu, die zulk een psychischen toestand veroorzaakt, is niet alleen aan het trauma toe te schrijven, maar dit laatste moet inwerken bij een gepraedisponeerd individu, dat hereditair neuropathisch belast is. ²⁾ Slechts in dat geval komt na een choc nerveux de neurasthenie of hysterie voor den dag: „Il est incontestable que tout ce qui frappe vivement l'esprit, tout ce qui impressionne fortement l'imagination, favorise singulièrement chez les sujets prédisposés l'apparition de l'hysterie.” ³⁾

Of hier nu uit volgt dat steeds een trauma moet aanwezig geweest zijn om een hysterische arthralgie te voorschijn te roepen? Dat staat niet vast.

In de meeste gevallen is het zeker wel aanwezig

¹⁾ CHARCOT, l. c. pag. 393.

²⁾ GUYNON, Revue de chir. 1888, pag. 935.

³⁾ CHARCOT, l. c. pag. 226.

geweest, doch soms zal de praedispositie zóó groot zijn dat onopgemerkt gebleven, weinig marquante momenten den hysterischen toestand tot uiting doen komen.

Wat is nu na deze beschouwingen de beste naam voor onze aandoening? Zooals we zagen bestaan in sommige gevallen periphäre oorzaken, b.v. een maaglijden, een nierlijden enz., die wijzen op een dyscrasie die den grondslag zou kunnen leggen voor de optredende arthralgie, evenals ze als causaalmoment voor neuralgieën wordt aangenomen. Deze momenten geven echter evenmin als bij de neuralgieën voldoende anatomischen grond voor het optreden van de arthralgieën. Uteruslijden, gastrische stoornissen, prikkeling van pissen geslachtswerktuigen komen zoo vaak voor zonder dat van arthralgieën sprake is, dat we ook hier moeten aannemen een neuropathische praedispositie, zooals ook PONCET en AUDRY doen in de door hen beschreven gevallen. Zij vonden geen organische afwijkingen ook maar eenigszins voldoende om het heftig lijden te verklaren, en spraken daarom van „neuralgiforme arthralgieën”, een voor deze gevallen passende benaming.

Hiernaast staan nu de arthralgieën sine materia. CHARCOT, van wien deze uitdrukking is, noemt deze: hysterische arthralgieën, en STRÜMPELL spreekt van „locale traumatische neurosen.” ¹⁾ Deze

¹⁾ Berliner Klinik, Heft 3: Ueber traumat. Neurosen p. 19.

laatste naam is o. i. niet te prefereeren, daar we bij „traumatische neurose”, al is ze dan ook lokaal, denken aan een neurose door een trauma ontstaan, hetzij dit mechanisch sterk werkte of voornamelijk psychisch was, dus een choc nerveux te voorschijn riep. Dat nu is bij ons lijden niet het geval, zooals ook STRÜMPPELL bij de behandeling van het wezen er van laat uitkomen:

„Da es sich schon nach der Art des einwirkenden Traumas in der Regel nicht um eine heftige Erschütterung des centralen Nervensystems handeln kann, so fällt die.... schwierige Frage nach der Bedeutung etwaiger feinerer materieller, durch die Erschütterung als solche hervorgerufener Veränderungen von vornherein ganz fort. Hier kann es sich nur um rein „funktionnelle” Störungen handeln und da ergiebt sich denn in der That leicht die völlige Uebereinstimmung dieser „lokalen traumatischen Neurosen” mit den hysterischen Erkrankungen, so dass man erstere nicht mit Unrecht als „traumatische Hysterie”, d. h. hysterische Erkrankungen aus traumatischer Ursache, bezeichnen kann.”¹⁾

Doch hoe moet nu die hysterie opgevat worden. Leest men CHARCOT en de overige Fransche autoren er over, dan krijgt men den indruk dat patienten met nerveus gewrichtslijden steeds ook het min of meer compleete beeld van hysterie vertoonen. Dit nu is niet

¹⁾ L. c. pag. 24.

het geval. Leest men de waarnemingen van ESMARCH e.a. dan wordt hier en daar wel gewezen op hysterische verschijnselen, maar in zeer vele gevallen niet. Ja, ESMARCH wijst er uitdrukkelijk op dat niet altijd verdere hysterische symptomen bestaan, evenals TILLMANNS: „zuweilen beobachtet man die Krankheit auch bei ganz gesunden weiblichen und männlichen Individuen.” ¹⁾

Blijkbaar is STRÜMPPELL het eens met de laatste opvatting, waarom hij ook op het juist geciteerde laat volgen: „Um dies besser zu verstehen, ist es nothwendig hier wenigstens kurz auf diejenige Auffassung der hysterischen Erkrankungen einzugehen, welche ich für die richtige halte. . . Ich nenne diejenigen Erkrankungen „hysterisch,” welche entstanden sind durch eine Störung der normalen Verbindungen und Beziehungen zwischen den am meisten central gelegenen somatisch-nervösen Vorgängen und denjenigen Vorgängen, welche wir bereits als psychische bezeichnen müssen. Man mag über die Natur der letzteren denken, wie man will: die thatsächlich vorhandene fundamentale Scheidung der in das Bewusstsein fallenden psychischen Vorgänge von den rein körperlichen Innervationsprocessen wird Jedermann zugeben müssen, ebenso, dass der normale Ablauf aller willkürlichen Bewegungen und aller bewussten Empfindungen nur bei einer vollkommen normalen Verknüpfung dieser beiden Ge-

¹⁾ Lehrbuch d. allgem. Chir. 1892, pag. 543.

biede mogelijk ist. Ist dieser gegenseitige Zusammenhang in irgend einer Weise gestört, so folgen hieraus die mannigfachsten motorischen resp. sensorischen Krankheitserscheinungen. . . . Rufen die normal ablaufenden sensorischen Reize (dagegen) abnorm starke Empfindungen hervor, so haben wir die hysterische Hyperaesthesie. Die hysterischen spontanen Schmerzen (hysterische Neuralgieën u. dgl.) halte ich für abnorme im Bewusstsein selbst entstehende Erregungen, also gewissermaassen für Schmerz-Hallucinationen."

Welke oorzaken het zijn die den normalen samenhang tusschen de physische en psychische processen storen. STRÜMPELL denkt dat het meest „psychogene” zijn, doch het is moeilijk uit te maken welk aandeel de somatische alteraties hebben aan de verandering in den samenhang tusschen bepaalde zenuwbanen en de psychische processen.

In dezen zin (van psychisch) opgevat zouden we dus met den naam „hysterisch” vrede kunnen hebben, maar aan het begrip „hysterie” hebben we nu eenmaal een bepaald beeld met zijn stigmata en andere afwijkingen verbonden, zoodat het slechts tot verwarring aanleiding zou geven, wanneer we alle nerveuse arthralgieën „hysterisch” zouden noemen. Daarom is stellig nog de beste naam: „gewrichtsneurose,” als gemeenschappelijke naam voor de nerveuse arthralgieën, hetzij ze periphere of centrale oorzaak hebben. Men kan dan voor elk speciaal geval van gewrichtsneurose

uitmaken tot welke rubriek ze behoort, tot de neuralgiforme, neurasthenische of hysterische.

Een Analogon hiervan heeft men in de algemeene traumatische neurose, waarvan STRÜMPPELL zegt:

„Es erscheint gleichgültig ob man nur die Bezeichnung: „Traumatische Neurose“ beibehalten oder sie durch den Namen: „traumatische Hysterie und traumatische Neurasthenie“ ersetzen will; man muss nur festhalten an der streng begreiflichen Definition dessen was mit dem Namen bezeichnet wird. Practisch zweckmässig erscheint es fest zu halten an dem Collectivbegriffe: traumat. Neurose und in jedem einzelnen Falle zu untersuchen in welche Unterabtheilung er sich einreihen lässt.“ ¹⁾

¹⁾ Münchener medicin. Wochenschr. 1893, pag. 347.

HOOFDSTUK II.

Symptomatologie, topiek en prognose.

Onder de symptomen is de pijn het voornaamste. Ze is wisselend van intensiteit, wordt soms erger bij gebruik van de extremiteit, neemt soms af. Ook neemt ze wel toe gedurende de menstruatie, terwijl ze ook wel verdwijnt gedurende dien tijd. Nu eens is ze schietend, scheurend, stekend, wordt voor rheumatisch gehouden, dan weder kloppend als in een acuten ontstekingshaard, zoodat de patienten meenen, dat een ettering op die plaats zal doorbreken. Ze straalt meest over grootere banen uit, zoowel centraal- als peripheerwaarts. Ook neemt ze toe als de aandacht er op gevestigd wordt en omgekeerd. Verder neemt ze af bij vermoeienis, verdwijnt gedurende den slaap. Van bizonderen aard is de pijnlijkheid bij aanraking. Vaak doet lichte aanraking de patienten kermen, terwijl een stevige druk van het pijnlijke gewricht weinig pijn doet. Dit merkwaardig verschijnsel van cutane hyperaesthesie, die zijn

maximum rondom het aangedane gewricht heeft, is reeds door BRODIE zeer juist beschreven, vandaar dat CHARCOT het noemt: *signe de Brodie*. Ook het tegen elkander drukken van de gewrichtsuitenden veroorzaakt bij de neurosen geen of weinig pijn. Overigens is de uiting van pijngewaarwording gedurende het onderzoek zeer verschillend, zooals ook BRODIE reeds opmerkt. Soms schreeuwen de patienten erg bij aanrakingen; ze stampen met de voeten, krijgen chorea-achtige bewegingen, zoodat ze uit het bed dreigen te vallen. ¹⁾

Objectief is er soms ook bij langen duur en groote intensiteit van het lijden geen enkele verandering te constateeren. In andere gevallen bestaat een zwelling van het gewricht of zijn omgeving. Ze is meest gering, vormt het residu van een vroegere ontsteking, of is een geringe uitzetting van de kapsel door exsudaat; of ze zit in de omgevende weeke deelen, die door irritantia en vesicantia geprikkeld werden.

Niet zelden komt in de buurt van het gewricht een zwelling voor, die snel optreedt en even snel weder verdwijnt. 't Is een diffuse zwelling van huid en onderhuidsbindweefsel, die soms deegachtig, soms fluctueerend aanvoelt, zoodat men moeilijk kan uitmaken of men met een lokaal oedeem, een ontstekingsachtige infiltratie, of een absces te doen heeft.

¹⁾ SOER, l. c. pag. 170.

Ook treedt in sommige gevallen temperatuursverandering op in het aangedane deel. Des morgens is het koud, bleek en gerimpeld, des avonds is de huid warm, rood en glanzend. Des nachts verdwijnt dit weder om zich den volgenden dag met groote regelmatigheid te herhalen, zoodat men eerst geneigd is aan malaria te denken.

Een dergelijke plotselinge zwelling en hyperaemie treedt soms ook op bij beweging, bij gaan, of bij onderzoek van den arts. Ze herinneren aan de congesties bij trigeminus-neuralgie en het plotselinge bleek worden en afsterven der vingers bij hysterische individuen. Klaarblijkelijk hangen ze samen met het vasomotorische zenuwstelsel.

Overigens bewaart het gewricht zijn vorm gedurende maanden en jaren.

WERNHER ¹⁾ zegt dat de symptomen van ontsteking ontbreken, of eerst zeer laat optreden, en dat de ziekte weinig neiging vertoont om in ettering of caries over te gaan. Vooral bij verkeerde behandeling bestaat hierop nog al kans! Deze meening deelt echter niemand met dien schrijver. Ook blijkt ²⁾ dat WERNHER stellig niet alleen de nerveuse aandoening van het heupgewricht voor zich gehad heeft, want daar wordt als een van de hoofdkenmerken genoemd dat de geheele extremi-

¹⁾ L. c. pag. 1.

²⁾ L. c. pag. 7.

teit in ontwikkeling terug blijft. Ook schijnen verlammingen op dit gebied WERNHER zeer belangrijk toe, terwijl de spieren volgens hem vrij sterk atrophieeren en hunne electriche prikkelbaarheid verliezen. Dat nu is ook volstrekt niet waar. Wel is het niet geheel zooals men vroeger dacht, dat n.l. de spieren van elke alteratie vrij zouden blijven.

De onderzoekingen van CHARCOT en zijn leerlingen hebben geleerd, dat trophische stoornissen bij hysterische aandoeningen volstrekt niet zeldzaam zijn: „ils s'observent non seulement du côté de la peau et du tissu cellulaire, mais encore du côté des muscles et même des articulations. L'atrophie musculaire survient justement dans les muscles atteints déjà de paralysie ou de contracture.” ¹⁾ ATHANASSIO ²⁾ zegt er van: „L'atrophie musculaire peut atteindre d'assez fortes proportions. Il n'y a pas de secousses fibrillaires. L'excitabilité idio-musculaire paraît normale, il n'y a pas de réaction de dégénérescence.”

Ook de overige weefsels blijven niet altijd geheel normaal. Zoo deelt CHARCOT een geval mede van pied-bot (varo-equinus) die overbleef na een hysterische contractuur, tengevolge van retractie van kapsel en banden. ³⁾ Terwijl FÉRÉ ⁴⁾ zegt: à la longue, l'articulation

¹⁾ Quénu, *Traité de Chir.* 1891, pag. 409.

²⁾ Des troubles trophiques dans l'hysterie 1890.

³⁾ Bulletin médical, 23 Mars 1887.

⁴⁾ Progres médic. 1882.

hysterique subirait elle-même quelques modifications de structure, telles que le dépoli des cartilages. Doch overigens vindt men in den regel weinig objectieve veranderingen.

Wat de functies der aangedane gewrichten betreft, in den regel zijn ze zeer gestoord. Voornamelijk treedt op een gevoel van zwakte, waardoor de patienten onzeker worden bij het loopen; ze kunnen plotseling niet verder, zakken door of vallen (meest in een doelmatige positie!) Vaak ook worden de gewrichten weldra in een bepaalden stand gefixeerd en wel meest in gestrekten stand; volstrekt niet altijd, zooals ook LEHMANN zegt.¹⁾

Elke poging om ze uit dien stand te brengen is uiterst pijnlijk. In narcose echter verdwijnt elke spiercontractuur en is het gewricht in alle richtingen normaal bewegelijk. Een enkele maal hoort en voelt men bij het maken van bewegingen een vrij sterk kraken. Hoe het ontstaat is onbekend, doch het heeft vaak weinig beteekenis, getuige het veelvuldig voorkomen bij overigens gezonde gewrichten. Men moet het echter kennen om het niet te houden voor een verschijnsel van kraakbeenerosie, wat op een zwaar gewrichtslijden zou wijzen.

Wat de zitplaats van het lijden betreft, in de meerderheid der gevallen is het in knie- en heupge-

¹⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1883, pag. 258.

wricht. In 80 gevallen door ESMARCH ¹⁾ verzameld, kwam het lijden 38 maal in de knie, 18 maal in de heup voor; 8 maal in het handgewricht, 7 maal in het voet- en 4 maal in het schoudergewricht.

Als reden geeft ESMARCH op, dat de zenuwstammen die takken zenden naar knie- en heupgewricht ook anastomosen afgeven naar de zenuwplexus van het sexueel-apparaat. Ook LEHMANN ²⁾ haalt een paar gevallen aan die hiervoor pleiten.

HILTON ³⁾ heeft er een anatomische verklaring van gegeven. Vóór is de N. obturator. met sacraal- en onderste lumbaalgangliën verbonden, terwijl deze tevens door het lig. latum met de ovarien samenhangen. Achter krijgt het heupgewricht takken van den sacraalplexus. Een deel hiervan krijgt, evenals uterus en ovarien, draden van de sacraalgangliën, zoodat weer een weg voor irritatietoestanden aan die gewrichten bij aandoening van het inwendig genitaalapparaat gebaad is.

Gaan we nu na de eigenaardigheden der gewrichtsneurose aan de verschillende gewrichten, dan vinden we aan de knie b.v. het pijnlijke punt bijna altijd aan den condylus internus femoris, vlak aan den binnenrand van de patel. Van hier straalt

¹⁾ L. c. pag. 11.

²⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1883, pag. 258.

³⁾ On the influence of mechanical . . . rest etc. London 1863, pag. 215.

de pijn vaak uit naar heup en voet. Deze pijnpunten, vanwaar de pijnen uitstralen of die bij druk zeer pijnlijk zijn, hangen stellig samen met de plaatsen waar sensibele zenuwtakken in de kapsel treden; vandaar dat ze vrij constant zijn. Verder is het been iets gebogen in de knie, rust met de buitenvlakte op de onderlaag. Is er zwelling, dan vindt men die meest in de buurt van het ligamentum patellae, zoodat de groeven om de patel verstreken zijn. De overige deelen van het gewricht zijn in den regel niet in omvang toegenomen.

Aan het heupgewricht is het veel moeilijker bepaalde pijnpunten en zwelling te constateeren. Doch het been is meest in extensie, wat pleit tegen ontsteking. Soms is er schijnbare verkorting door flexie van het bovenbeen en verschuiving van het bekken. Dan kan men vaak zien dat de scheeve stand van het bekken verdwijnt, als men door vragen en spreken de volle aandacht der patienten trekt.

Nu en dan vindt men urticaria-achtige zwelling van het bovenbeen en de streek der glutaei, doch de groef achter den trochanter is niet verstreken en de zwelling onder Lig. Poup., die bij ontsteking vaak voorkomt, bestaat hier niet. Opdrukken doet ook hier geen pijn, evenmin als druk achter den trochanter major.

Bekend is, dat bij nerveuse aandoening van het schoudergewricht, de plexus brachialis in de streek van de Mohrenheim'sche groef vooral pijnlijk is

bij diepen druk, terwijl bij ontsteking de *sulcus inter-tubercularis* de plaats is. In den laatsten tijd heeft ALBERT ¹⁾ aan deze aandoening een kort artikel gewijd. In de eerste plaats beschrijft hij een geval, waarbij geklaagd werd over pijn in de schouderstreek, bij een neurasthenisch individu. Deze pijnen waren soms continueel, soms in aanvallen. Overigens nergens afwijkingen noch pijnlijkheid aan het gewricht zelf. De bewegingen waren weinig pijnlijk en beperkt. Wel was er een bij druk zeer pijnlijke plaats aan het *collum chirurgicum* aan den voorkant van den humerus. De diagnose, hier gemaakt, luidde: gewrichtsneurose. Toch was er geen grond voor, want het was feitelijk een ostealgie. Zulke gevallen nu, meent ALBERT, komen meer voor dan men algemeen vermoedt. Practisch is het van belang dit te weten, daar men bij ostealgieën nu en dan door aanboren van het been goede therapeutische resultaten kan verkrijgen. ALBERT bijv. had in een paar gevallen succes van dit ingrijpen. Hetzelfde hebben ook andere operateurs waargenomen.

Dan beschrijft ALBERT een tweeden vorm van pijn in de schouderstreek, waarbij de bewegingen van het schoudergewricht wat beperkt zijn, voornamelijk bij abductie in een frontaal vlak, doch waarbij overigens geen afwijkingen aan het gewricht gevonden worden. Wel treden erge pijnen op bij druk van den plexus

¹⁾ Internation. klin. Rundschau. Wien, 1 Jan. 1893.

brachialis of van den N. radialis, waar deze om den humerus heenbuigt enz. Deze gevallen nu hebben ook niets te maken met gewrichtsneurose, zoodat ALBERT tot de conclusie komt, dat hij ze aan den schouder nog niet gezien heeft. Anderen evenwel hebben ze wel waargenomen.

Bij neurose van het handgewricht is karakteristiek een zeer hardnekkige pijn bij druk op den proc. styloideus ulnae, waardoor ook elke handbeweging, voornamelijk pro- en supinatie, gevoelig wordt, terwijl antiphlogose en rust het nog verergeren.

Ook aan het voetgewricht komt ze voor, meest na een lichte distorsie. Als het exsudaat dan verdwenen is, blijft de neurose over, die zich uit in groote zwakte van het gewricht, waardoor de patienten onzeker gaan. Constante pijnpunten kon ESMARCH niet vinden. Bij druk was het geheele gewricht gevoelig, maar vooral voor en achter beide malleolen. Spontaan optredende pijn straalde vaak naar de teenen uit.

Een enkele maal komen neurosen der vinger- en metacarpaalgewrichten voor, spontaan of na trauma. Ze zijn vaak zóó pijnlijk, dat de hand niet gebruikt kan worden. Niet zelden treden er krampen en contracturen der armspieren bij op.

GUYNON ¹⁾ deelt er een geval van mede, door hem waargenomen gedurende zijn internaat aan de Salpêtrière in 1885.

¹⁾ Revue de Chir. 1888, pag. 943.

„Un cas d'arthrodynie hysterique des petites jointures des doigts et de la main, qui se présentait absolument sous l'aspect d'un rhumatisme subaigu des mêmes articulations. Dans ce cas comme dans le précédent, il existait au niveau de la peau des modifications assez accentuées dues exclusivement aux topiques appliqués pendant longtemps d'une façon intensive. Là aussi le diagnostic d'arthrodynie hysterique s'appuiera sur les caractères de la douleur provoquée (signe de Brodie), sur la liberté des jointures, le malade étant soumis à l'action du chloroforme, ainsi que sur la présence des stigmates hysteriques, les antécédents, etc. Dans ces cas, il est très facile de s'égarer et de mettre les accidents observés sur le compte de quelque arthrite subaiguë ou d'une synovite, surtout s'il y a eu au début de l'affection un traumatisme pouvant être considéré comme une cause locale. Il est cependant utile de voir juste, pour ne pas soumettre le malade à toute sorte de traitements locaux et généraux qui ne peuvent dans l'espèce que lui être nuisibles.”

Aan de vele gewrichten van de wervelkolom komt de aandoening vrij dikwijls voor, stellig vaak onder den naam van spinaalneuralgie, spinaal-irritatie.

Om ze zeker van de pijn te onderscheiden, die haar zitplaats heeft in de foramina intervertebralia, zal wel niet gelukken. De kenmerkende verschijnselen echter, die voor de gewrichtsneurosen gelden, vindt men hier

terug. Ook vindt men er soms scolioses bij, die reeds verbeteren als men de aandacht der patienten afleidt en vaak vrij snel geheel verdwijnen bij toniseerende behandeling. ¹⁾

Meest treedt de gewrichtsneurose slechts monarticulair op; soms echter polyarticulair, hetzij gelijktijdig in meerdere gewrichten, of in het eene na het andere. Zoo deelt HIRSCH ²⁾ een geval mede van een 16-jarig meisje, dat het lijden in beide voetgewrichten had. LEHMANN ³⁾ vond de aandoening bij een 10-jarig meisje, in beide kniegewrichten. ESMARCH ⁴⁾ nam er meerdere gevallen van waar. BERGER ⁵⁾ nam waar een neurose tegelijk van beide heup- en beide kniegewrichten.

Prognose. — Prognostisch kan men van deze aandoening niet veel zeggen. Verloop en duur zijn zeer verschillend. Het lijden heeft, zooals ESMARCH het noemt, iets Proteus-achtigs. Soms begint het langzamerhand, stijgt, neemt af, verdwijnt. Soms begint het plotseling,

¹⁾ LITTLE, on spinal weakness and curvature. Londen 1868, pag. 82.

²⁾ Beiträge zur Erkenntnis und Steilung der Spinal-neurosen, 1843, pag. 424.

³⁾ Bad. Oeynhaus. Leipzig 1863, pag. 74.

⁴⁾ L. c. Beobachtung 33, 35, 36.

⁵⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1873, pag. 258.

spontaan of na trauma, physisch of psychisch, of ook na een zware ziekte en kan ook even snel weer verdwijnen. Ook wordt wel plotseling een ander gewricht aangedaan of treden andere nerveuse verschijnselen op in de plaats van het gewrichtslijden. Over het algemeen is de prognose vrij gunstig, daar we te doen hebben met een „lésion sine materia”. (CHARCOT.) ¹⁾

In meerdere gevallen echter is de aandoening zeer tenax, duurt maanden, ja jaren lang, voornamelijk als ze niet herkend wordt, en dus ondoelmatig wordt behandeld. Dan komen er langzamerhand andere aandoeningen bij, als krampen, contracturen, verlammingen. En het verdere lot dier ongelukkigen beschrijft ESMARCH aldus: „Die kranken verlassen ihr Bett nicht mehr, verbringen die besten Jahre ihres Lebens auf dem Krankenlager und enden schlieslich, von sich selbst, den ihrigen, und aller Welt beständig bejammert und beklagt, ihr verfehltes und elendes Dasein im frühzeitigen Marasmus.” ²⁾

¹⁾ Cf. STRÜMPPELL, Berlin. Klinik, Heft 3, 1888, pag. 27.

²⁾ L. c. pag. 27.

HOOFDSTUK III.

Diagnose.

Wat de diagnose betreft, als er andere nerveuse of hysterische verschijnselen bestaan, of zijn deze met het optreden der gewrichtsaandoening verdwenen, of wijst het geheele exterieur op neuropathischen aanleg, dan is ze niet moeilijk. Ontbreken deze concomitteerende symptomen echter, dan wordt het vaak zeer moeilijk, vooral wanneer ook nog een trauma voorafging, waardoor een haemarthros of een arthritis optrad, waarvan de residuen nog bestaan. Dan is het goed de volgende momenten die min of meer karakteristiek zijn voor deze aandoening tegenover ontsteking voor oogen te hebben:

1. Lichte aanraking is vaak zeer pijnlijk, terwijl een stevige druk of het opdrukken van de gewrichtseinden tegen elkaar weinig of geen pijn doet. (Signe de Brodie).

2. De nachtelijke pijnen ontbreken bijna altijd; de patienten kunnen wel uit den slaap gehouden worden, maar zijn ze eenmaal ingeslapen, dan worden ze niet meer door de pijn gewekt.

3. Van belang is ook dat de pijn zich niet beperkt tot het gewricht zelf, maar ook op de huid in den omtrek overgaat.

4. Gelukt het de aandacht der patienten een poos af te leiden, dan kan men vaak de pijnlijke plaatsen drukken en soms bewegingen maken, zonder pijn op te wekken.

5. Soms komen voor vrij snel optredende en weer verdwijnende zwellingen van huid en onderhuidsbindweefsel.

6. De temperatuur van het aangedane gewricht verandert soms periodiek.

7. Ook bij lange rust atrophieeren de spieren weinig.

8. Er bestaat in den regel groote wanverhouding tusschen de klachten der patienten, den langen duur en de groote heftigheid van het lijden aan de eene, en de geringe objectieve afwijkingen aan de andere zij. Ook de algemeene toestand blijft goed; het karakter kan zich wat wijzigen, somber, verdrietelijk worden, maar de vegetatieve functies blijven goed.

Verder is men vaak in de gelegenheid *ex juvantibus et nocentibus* tot de diagnose te geraken.

Van belang is het ook het gedrag der patienten en van hunne familie gedurende het onderzoek waar te nemen. Vooral moet men bij corpulente patienten de fluctueerende vetlaag aan weêrszijden van het lig. patellae niet voor een exsudaat in het kniegewricht houden. Het beiderzijds voorkomen en meting kunnen voor ver-

gissing vrijwaren. Overigens vindt men bij meting niet zelden dat de omvang van het zieke gewricht geringer is dan die van het gezonde.

Daar de heup bizondere moeilijkheden oplevert, geven we hier de min of meer karakteristieke verschijnselen op, die CHARCOT ¹⁾ noemt naar aanleiding van zijn „coxalgie hysterique”, waarbij we natuurlijk niet opsommen de specifiek hysterische verschijnselen, onder welke van veel belang is de soms voorkomende manchetvormige anaesthesie, rondom het gewricht:

1. De onderste extremiteit van de aangedane zij schijnt verkort door spiercontractuur, die het bekken op die zij eleveert.

2. Het dijbeen is volkomen gefixeerd; elke beweging er aan mede gedeeld, gaat onmiddelijk op het bekken over, ook ten gevolge van de spiercontractuur.

3. De pijn strekt zich vrij ver uit om het gewricht, b. v. boven het lig. Poup. Ook gaat ze over op het hypogastrium, ja op de glutaecaalstreek.

4. De wijze van optreden en zich verder ontwikkelen is soms ook karakteristiek. De aandoening kan plotseeling optreden en even snel verdwijnen, vaak na een psychische impressie.

PAUL RICHER beschrijft dit zeer aardig:

„Dans la coxalgie vraie les phénomènes locaux, la chaleur, le gonflement, la rougeur sont fixes et con-

¹⁾ L. c. pag. 374—375.

stants; ils sont au contraire mobiles et fugaces dans la coxalgie fausse, d'apparence congestive plutôt qu'inflammatoire, et se lient à des phénomènes de paralysies vasomotrices. Enfin la coxalgie vraie s'installe lentement, progressivement chez le sujet. Rien de pareil pour la coxalgie fausse qui a une marche plus capricieuse, moins progressive. Elle peut survenir rapidement, atteignant d'emblée son maximum de développement et présentant souvent des exacerbations subites suivies de rémissions non moins rapides dans les symptômes." ¹⁾

5. Op een vijfde onderschëidingsteeken wijst GUYNON ²⁾, n.l. de massage! Bij coxalgie hysterique, waar massage methodisch wordt toegepast aan glutaeaalstreek, heup, bovenbeen, kan men in een enkele zitting de contractuur en de vitieuse stand van de extremiteit wegnemen, doch weldra verschijnen ze weer, hetzij langzamerhand of plotseling, bij het op den grond plaatsen van den voet. Houdt men echter deze methode vol, dan worden de resultaten steeds meer blijvend. De verbetering, die eerst slechts gedurende enkele minuten optrad, duurt steeds langer en ten slotte kan genezing optreden. Niets van dit alles vindt men daarentegen bij de organische coxalgie.

Dit onderscheidingsteeken komt ons echter al vrij

¹⁾ Paralysies et contractures hysteriques. 1892, pag. 104.

²⁾ Revue de chir. 1888 pag. 942.

zonderling voor, daar men toch geen massage mag toepassen vóór vast staat dat men niet met een tuberculeus gewrichtslijden te doen heeft en dan is het geen diagnostisch middel meer, maar is het een therapeutisch middel geworden.

Verder moet men er om denken dat soms bij jeugdige individuen de epiphysen voornamelijk van femur, humerus en tibia zeer pijnlijk bij druk kunnen zijn, vaak tegelijk met pijn in het naburige gewricht, hetwelk soms gepaard gaat met algemeene stoornissen en waarschijnlijk berust op eene lichte osteomyelitis, evenals de ostealgieën, waarop o. a. ALBERT wijst en die meest in de diaphysen voorkomen, soms met lichte zwelling op de pijnlijke plaats.

Ten slotte zullen er steeds gevallen overblijven, die slechts kunnen worden gediagnostiseerd met behulp van het chloroform. En ook dit heeft stellig in beginnende gevallen van organische aandoeningen nog geen absolute waarde. Want er kunnen gevallen voorkomen waarin, zooals CHARCOT ¹⁾ zegt, gecombineerd zijn:

- 1° Lésions organiques de la coxalgie scrofuleuse, met
- 2° Lésions dynamiques de la coxalgie hysterique. Dit komt volgens CHARCOT stellig meer voor dan men zou vermoeden, als men in aanmerking neemt het totale

¹⁾ L. c. pag. 388.

stilzwijgen, dat bijna alle schrijvers op dit gebied er over bewaard hebben.

CHARCOT deelt er drie gevallen van mee, twee van LANNELONGUE en een van JOFFROY, die bewijzen dat deze combinatie voorkomt en dan de diagnose zeer moeilijk maakt, daar men meent met een hysterische aandoening te doen te hebben, die bij nauwkeurig onderzoek blijkt slechts organische laesies te bedekken.

Het eerste geval van LANNELONGUE kwam voor bij een jongen van 11 jaar, wiens moeder vaak hysterische toevallen had. De zieke extremiteit was gecontractureerd niet alleen ter hoogte van de heup, maar ook van de knie en den voet! Wanneer men maar even het zieke been aanraakte, reageerde de knaap er op met een waar zenuwtoeval.

In narcose echter vond men enorm sterk kraken in het heupgewricht en een verkorting van 2 centimeter tengevolge van panvergroting. Later ontwikkelde zich een absces.

Het tweede geval door L. medegedeeld betreft een jong meisje van 13 jaar, wier vader kinderparalyse heeft, wier moeder tot het 30^{ste} jaar hysterische toevallen had. Op 7-jarigen leeftijd kreeg zij een pijnlijke contractuur van den rechtervoet, op 11-jarigen leeftijd pijn in de heup met hinken. Vervolgens trad op eene compleete remissie, waardoor men aan een zuiver nerveuse aandoening begon te denken en dus het kind liet wandelen. Toen

daarop de pijnen terugkwamen, bracht men de patiente in chloroformnarcose. Men constateerde toen kraken en zeer groote moeilijkheid om het gewricht te redresseeren, ten gevolge van veranderingen aan het been. Eene diepe zwelling deed het ontstaan van een absces vreezen.

JOFFROY beschrijft het derde geval, van eene jonge dame te St. Petersburg, oud 18 jaar. Deze had geen hereditaire antecedenten. Op 6- en op 14-jarigen leeftijd had ze tal van nerveuse crises, die een soort van hysterische toevallen schijnen geweest te zijn. In het 6^{de} jaar traden voorbijgaande aanvallen van coxalgie op. In het 11^{de} jaar herhaalde malen weër. Op 18-jarigen leeftijd weer aanvallen. Gedurende vijf maanden bestond een levendige pijn in heup- en kniegewricht. Er was verkorting. De patiente liep met behulp van krukken, zette nauwelijks de punt van den voet op den grond. Er bestonden geen hysterische stigmata. Toch was men geneigd een hysterische coxalgie aan te nemen met het oog op het eigenaardig verloop, de remissies en exacerbaties. Het gebruik van lauwe baden gaf voorloopig aanzienlijke verbetering; de patiente kon weer lopen zonder al te veel pijn. En niettegenstaande dit alles vond men onder chloroformnarcose dat een complete relaxatie van het heupgewricht niet mogelijk was; dat de bewegingen in het gewricht een typisch kraken te voorschijn riepen, eene belangrijke aanwijzing voor vrij uitgebreide laesies van het been.

GUYNON ¹⁾ over deze gevallen sprekende zegt:

„Ces cas sont peu fréquents il est vrai; cependant il est bon de se rappeler qu'ils peuvent exister et de les avoir présents à la mémoire.”

Overigens heeft ook ESMARCH ²⁾ reeds op de mogelijkheid van deze combinatie gewezen: „Es ist mir selbst mehr als einmal passirt, dass ich solche Fälle (von Caries sicca) eine Zeitlang für Gelenkneurosen gehalten habe.” En dan deelt hij een geval mede van Caries sicca in het voetgewricht, waarbij ten slotte het onderbeen geamputeerd werd, doch eerst nadat het lijden een tijdlang voor hysterisch gehouden was, daar de patiente allerlei hysterische symptomen vertoonde, terwijl het gewricht, niettegenstaande de groote pijnlijkheid, langen tijd bijna geheel niet gezwollen was.

Betrekkelijk gemakkelijk waren deze gevallen, door CHARCOT en ESMARCH vermeld, later te begrijpen, wijl tuberculose een anatomisch zoo karakteristieke ziekte is.

Of neurose echter ook wel het beeld van andere gewrichtsziekten bedekt? Deze vraag heb ik niet beantwoord kunnen vinden.

Een andere vraag is of bij neurose alleen op den duur ook anatomische veranderingen van het gewricht

¹⁾ Revue de Chir. 1888. pag. 940.

²⁾ L. c. pag. 20.

kunnen optreden, zooals bij de bekende ruggemergs-ziekten het geval is. Deze vraag mag tot nu toe niet bevestigend beantwoord worden, wijl daarmee het karakteristieke der neurose verloren gaat, hoewel zij, zooals we zagen, voor de spieren enz. aangenomen worden.

Indirect echter is de mogelijkheid denkbaar, en wel ten gevolge van langdurige rust die, hetzij als verkeerd ingestelde therapie, hetzij als gevolg van onhandelbaarheid der patienten, eens haar slechten invloed moet doen gelden. —

Het volgende geval op de chir. afdeeling van Prof. ROTGANS te Amsterdam voorgekomen, kan aanleiding geven aan dergelijk verband te denken.

ELISABETH BR..., 21 jaar, fabriekarbeidster, wordt den 11^{den} November 1893 aldaar opgenomen. Patientte, sedert haar 11^e jaar op een fabriek werkzaam, was tot haar 13^e jaar volkomen gezond. Zij is toen gevallen van een trap van twaalf treden, waarbij zij op de heup (den trochanter) terecht kwam. Sedert dien tijd had zij pijn in de heup, terwijl de voet naar buiten ging staan. Deze toestand is volgens haar opgave tot heden zoo gebleven. Wel bleef patientte loopen, doch gebrekkig.

Op 15-jarigen leeftijd, dus twee jaar na den val, werd zij op een morgen wakker met pijn op de wreef van den voet en in de knie. Daarbij was de knie, volgens haar aangifte, gezwollen; de voet echter niet. Gedurende zes weken hiervoor in het gasthuis behan-

deld met een ijsblaas, verliet ze deze inrichting weer, hoewel nog niet geheel genezen.

De toestand van de heup was n.l. dezelfde gebleven. Zij liep nog steeds gebrekkig. Daarvoor werd patiente veertien dagen later weer in het gasthuis opgenomen. Hier werd gedurende zestien weken een rekverband aangelegd en daarna nog acht weken een gipsverband. Toen werd een stijfselverband aangelegd, waarmee patiente zes weken rondliep. Daarna moest ze weder met een spalk te bed liggen. Na eenigen tijd kwam patiente weer op de been en liep een jaar ongeveer rond met het apparaat van TAYLOR. Toen kon dit apparaat gemist worden en heeft ze van haar 17^e tot haar 21^e jaar vrij goed kunnen loopen. De voet stond echter altijd nog eenigszins naar buiten geroteerd.

Nu vier weken geleden, dus ongeveer midden October 1893, kreeg patiente zonder bepaalde oorzaak weer pijn in heup en knie en ging de voet weer erger naar buiten roteeren.

Overigens is patiente steeds gezond geweest. De menses kwamen voor het eerst op haar 18^e jaar en waren steeds geregeld, behalve in den laatsten tijd, nu ze alle veertien dagen terugkeeren. Des nachts slaapt ze soms onrustig, doch ook vaak slaapt ze door. Van hare familie geeft ze weinig duidelijke opgaven. Volgens haar beweren heeft ze nog vijf brôers en zusters, die alle gezond zijn. Slechts één brôer is overleden; waaraan weet ze niet. Haar vader stierf toen zij nog

zeer jong was; de oorzaak van zijn dood kent ze niet. Haar moeder is een gezonde vrouw.

Status praesens. Niettegenstaande het lange lijden ziet patiente er goed uit. Zij heeft een laag voorhoofd, ietwat ingezonken beenigen neus en groven mond. Haar uiterlijk is eigenaardig; ze is soms zeer tot lachen gestemd, vaak pruilerig. Bij eenige pijngewaarwording is zij spoedig tot schreien geneigd, waaruit evenveel boosheid als sensatie van pijn spreekt. Tijdens haar verblijf in het Binnen-Gasthuis is ze soms zeer gewillig en dan weer geheel onbruikbaar, vooral bij absentie van een medicus. Zij ziet niet anaemisch, heeft een flink ontwikkelden panniculus adiposus, een grof beenstelsel en een daarmee geëvenredigden groven lichaamsbouw. Verder heeft ze een lichten pes planus, rechts iets meer dan links. Misschien heeft ze als kind rachitis gehad. Zij heeft geen koorts en steeds goeden eetlust. Hart en longen zijn normaal, de urine bevat eiwit noch suiker.

De eenige klacht is pijnlijk, slecht loopen, waarbij het rechterbeen stijf gehouden wordt, met den voet recht naar buiten gedraaid. Het plaatselijk onderzoek leert het volgende:

Het linkerbeen is normaal.

Het rechterbeen is naar buiten gedraaid. In het heupgewricht bestaat lichte flexie en geringe adductie. Er is een verkorting van 1 cM. De stand van den trochanter is hier zoowel als aan de gezonde zijde 1 cM. boven de Roser-Nélaton'sche lijn.

Gedurende eenigen tijd na de opname zijn geen actieve bewegingen in het heupgewricht mogelijk; bij passieve bewegingen gaat het bekken spoedig mee. Alleen passieve rotatie is zeer ruim mogelijk. Druk op den trochanter en opdrukken van den femur zijn pijnlijk wanneer patiente haar aandacht er op vestigt; bij afleiding niet. Spontaan heeft ze geen pijn in het heupgewricht; bij navraag wel. Geen abscessen of fistels bestaan in de liesstreek. Parallel aan de plica labii maj. van de zieke zijde bestaat een ongeveer 7 cM. lang, oppervlakkig, bleek litteeken. Een ander dito litteeken zit in het trigonum inguin. van de gezonde zijde, ongeveer 3 cM² groot. Ze zijn blijkbaar afkomstig van zeer oppervlakkige wonden. Volgens haar opgave zou zij daar eenige zweren gehad hebben, die men misschien met het TAYLOR-apparaat in verband kan brengen.

De omtrek van de dij, 3 cM. onder de vulvair-plooi, is gelijk aan dien der andere zijde (54 cM.); echter voelt een huidplooi hier dikker aan, waarschijnlijk als gevolg eener chronische lymphe-stuwing door weinig gebruik, zoodat de spierlaag hier geringer omvang moet bezitten dan aan de gezonde zijde. Verder is door de dikte der weeke deelen aan het heupgewricht niets te voelen. In de glutaeaal-streek bestaan geen afwijkingen. Hierbij zij nu reeds vermeld dat later — misschien door de grootere attentie, die aan de behandeling van het kniegewricht werd geschonken — bleek hoe wisselvallig de beweeglijkheid in het heupgewricht was,

terwijl een narcose-onderzoek leerde, dat ze al zeer weinig beperkt was. Reeds vóór dit onderzoek echter drong bij dit variabele lijden zich als van zelve de gedachte op, dat de zoo geringe destructie bij zoo langdurig lijden in verband met den algemeenen toestand wees op een coxalgie en geen coxitis met welk adjectief ook. — Het onderzoek der knie bracht deze beschouwing echter aan het wankelen.

Het kniegewricht stond in lichte flexie, vertoonde valgus- noch varus-stand, maar het onderbeen was naar buiten geroteerd, zoodat deze rotatie van die in het heupgewricht moest worden afgetrokken als deze gemeen werd naar den stand van den voet. Toch was rotatie in de heup ontwijfelbaar, getuige de stand der patella.

Passief noch actief volkomen te strekken, was toch op beide wijzen nog een vrij belangrijke flexie mogelijk ($\pm 80^\circ$). Abnorme beweeglijkheid, verschillend met die der gezonde zijde, was niet te constateeren; ook geen subluxatie. Geen ballotement, geen fluctuatie, geen abscessen of fistels, geen litteekens.

Wel bestaat er vrij groote pijnlijkheid, vooral aan de mediale zijde der gewrichtsspleet en aan den medialen condylus tibiae et femoris. Echter is de nergens verkleurde of gezwollen huid ook, wel afwisselend, maar soms vrij heftig, pijnlijk. De dijspieren voelen boven het kniegewricht dunner aan dan aan de gezonde zijde, al is de omtrek van het been hier niet verminderd (38 cM.). De kuit meet 1 cM. minder in omvang op

het dikke gedeelte. De bursa subcruralis bevat geen vocht, maar voelt vast en verdikt aan. De gewrichtseinden van femur en tibia vertoonen een zichtbare en meetbare zwelling; de randen van beide promineeren rondom het gewricht gelijkmatig en zijn zeer pijnlijk bij druk, voelen beenhard aan, zoodat de beenige verdikking, resp. verdikking der weeke deelen, onmiddellijk op het been rustend wordt gedacht. De omtrek over de patella is $1\frac{1}{2}$ cM., die onder de patella 2 cM. vermeerderd.

Hier waren dus duidelijke, palpabele afwijkingen; analoge veranderingen zouden ook aan het niet onderzoekbare heupgewricht kunnen gedacht worden. Aan de overige gewrichten zijn geen veranderingen waar te nemen.

Zoo werden coxalgie en gonalgie nu onwaarschijnlijk geacht en streefden wij naar het vinden van een bekend gewrichtslijden, welks beeld met dat van onze aandoening overeenkomt.

Daarom werd successievelijk nagegaan of het kon zijn een tuberculeuse, syphilitische, gonorrhoeische, deformeerende of chronisch rheumatische gewrichtsontsteking, of corpora aliena.

Tegen tuberculose pleit veel. Geen:

tuberculeuse hydrarthros, waarbij sereuse vochtuitstorting en matige verdikking van de synovialis, hetzij diffuus of circumscrip't op den voorgrond tre-

den, terwijl het begin langzaam, sluipend is, zonder pijnen en de bewegingen in het gewricht behouden gebleven zijn. Soms treedt er nog crepitatie bij beweging bij op tengevolge van fibrine-lichaampjes. — Evenmin:

fungeuse arthritis, waarbij de patienten in het begin klagen over een gevoel van zwaarte in de extremititeit. Verder treden diepe pijnen op in 't gewricht, doch eerst slechts bij loopen, beweging, druk. Later stralen ze van hier uit tengevolge van een duidelijke inflammatie in de zenuwtakken. Verder praedomineeren in den eersten tijd voornamelijk de veranderingen aan de synovialis. Steeds meer fungeuse massa's vormen zich in de kapsel. Tegelijk treden de vitieuse standen op. Dit nu neemt steeds continueel toe. De fungeuse massa's worden steeds grooter. De huid er boven wordt dunner en gespannen, is sterker gevasculariseerd en vertoont blijvende temperatuursverhooging. Tevens treedt in de omgeving atrophie der weefsels, voornamelijk der spieren op. Na dit alles kunnen de fungeuse massa's georganiseerd worden en tot ankylose leiden; het gebeurt echter zelden. Regel is, dat ten slotte abscessen gevormd worden onder toeneming van warmte, roodheid en pijn, en zoo ontstaat de pyarthrose of treden fistels op. Verder ziet men vaak door verwoesting van gewrichtsuitenden en banden pathologische luxaties optreden, voornamelijk bij pogingen om den vitieusen stand op te heffen. Van dit alles nu is bij onze patiente niets te vinden. Voeg hierbij, dat

er geen hereditaire momenten aanwezig zijn, dat geen koorts, geen vermagering zijn opgetreden, maar dat de patiente integendeel ook bij den langen duur van het lijden er uitstekend uitziet, en we kunnen tuberculeus lijden buitensluiten. —

Was het eene syphilitische aandoening?

We zouden, in het tertiaire stadium zijnde, moeten vinden gummeuse aandoeningen met hare gevolgen. Toch waren er geen gummata of syphilitische zweren in de huid, evenmin karakteristieke litteekens. Ook waren er geen veranderingen aan palatum of uvula die op lues wezen. Verder geen bezwaren bij het slikken of heeschheid, die op aandoening van epiglottis of larynx zouden wijzen. Alleen de wat eigenaardig gevormde neus wekte eenig wantrouwen. Op verzoek welwillend door Dr. BURGER onderzocht, bleek hier echter geen enkele afwijking te bestaan, die voor lues zou kunnen pleiten. Ook geen tophi aan schedel, clavicula, sternum, onderarmbeenderen of voorvlakte van tibia. Geen intensieve borende of kloppende nachtelijke pijnen, die een otitis of osteomyelitis gummosa zouden doen vermoeden. Ook nergens beenfistels of aan het been adhaereerende litteekens. Geen zwelling van lymphklieren of aandoening van uitwendige organen. Evenmin levert de anamnese eenigen grond voor deze aanname. Patiente weet niet van een primair affect, heeft geen vlekjes of papels gehad, had nooit pijn in de keel, geen defluvium capillorum, geen plaques noch rhagaden of

condylomen. Geen specifieke keratitides of iritides etc.

En wat de locale afwijking betreft, er komen voor bij syphilis, vooral in de 2^{de} periode:

1°. Arthralgieën, zonder meer; geen zwelling, geen roodheid, geen hydrarthros. De pijnen zijn echter 's nachts het ergst, nemen toe bij rust. Ze treden meest in de eerste maanden van de affectie op, en berusten, evenals de ostealgieën bij lues, op ontsteking; het zijn epiphysaire ostitides. Niet behandeld blijven ze gedurende weken; specifiek behandeld verdwijnen ze snel. Daarmede kan ons lijden dus niet verward.

2°. Subacute arthritides, die nog al eenige overeenkomst hebben met acuut gewrichtsrheumatisme. Er treedt bij op lichte roodheid en warmte der huid, zwelling van het periarticulaire celweefsel en levendige pijn gedurende den nacht en dat wel vaak in meerdere gewrichten en bursae serosae. Het minder intense van de verschijnselen en 't bestaan van andere symptomen van lues, helpt ze onderscheiden van rheumatismus artic. ac. Van deze aandoening is hier natuurlijk ook geen sprake.

3°. De syphilitische hydarthrose, waarbij vochtuitstorting in het gewricht en wel bijna uitsluitend van de knie. Ze treedt langzaam en ongemerkt op, vrijwel zonder pijn, verdwijnt spontaan of na behandeling, doch komt weer, soms herhaalde malen, waarbij ten slotte eene verdikking van de synovialis kan overblijven. Dit kan ook optreden in de

tertiaire periode, zoodat deze aandoening hier in aanmerking kan komen.

In het 3^{de} stadium komen de volgende vormen voor:

1°. Gummeuse infiltratie van de synovialis, die langzaam optreedt met vochtuitstorting in de synovialis; deze kan soms zeer groot worden, verminderen en weer toenemen. In den regel zijn deze gummeuse induraties circumscript, beweeglijk en ongevoelig bij druk. Nu eens zijn ze hard, kraakbeenachtig, dan weer week, afgeplat eivormig. De plaats van praedilectie is de synovialis van de bursa subcruralis. Soms worden ze gesteeld, zoodat men meende een vreemd lichaam voor zich te hebben. Overigens merken de patienten er weinig van, noch bij looppen, noch bij palpatie of druk; treden pijnen op, dan zijn ze nocturn en gering. Alleen wanneer ze lang bestaan werken ze in op het gewricht; de ligamenta worden gerekt, de spieren geatrophieerd, het kraakbeen veranderd. Nog ernstiger wordt het wanneer de perisynoviale gummata beginnen te suppureren en in het gewricht doorbreken. Al deze onstekingachtige verschijnselen wijken echter voor een specifieke therapie.

2°. Een 2^{de} vorm is die, waarbij alleen de beenige uiteinden en het kraakbeen aangedaan zijn. In het verder verloop wordt ook wel de synovialis aangedaan, waardoor een vochtuitstorting in het gewricht optrad. Overigens schijnt hier tamelijk goed vast te staan, dat

deze epiphysaire aandoening vaak volgt op een diaphysaire. Bij deze aandoening merkt men merkwaardigerwijze slechts geringe functiestoornissen op. Aan de knie b. v. hindert vaak bijna alleen de groote omvang van het gewricht, zoodat de patienten slechts weinig hinken en nog groote wandelingen maken. De pijn is dan ook zeer gering, bij percussie, palpatie of druk. De spontane zijn ostealgieën, want ze treden ook reeds op vóór dat er nog de minste vochtuitstorting in het gewricht heeft plaats gehad. Ook hier verkrijgt men met een specifieke therapie goede resultaten. Slechts wanneer het proces steeds doorgaat, ten gevolge van het miskennen van den aard der ziekte, kan een ankylose optreden.

3°. Een 3^{de} vorm hangt af van de hereditaire syphilis. Deze arthropathie is deformeërend. DUMÉNIL ¹⁾ deelt een geval mede, dat voorkwam aan het elleboogsgewricht. Al spoedig na de geboorte merkte de moeder een deformatie van dit gewricht, dat op 17-jarigen leeftijd van den patient een uitsteeksel van den radius vertoonde, dat tot den top van het olecranon reikte, naar achteren concaaf was en aan den top bedekt met een roode huid. Ook andere gevallen worden medegedeeld, waarbij uitsteeksels optraden aan radius en humerus, en het gewricht toch in het bijna volledige bezit van zijn functies bleef. Volgens GANGOLPHE ²⁾ gaan

¹⁾ Traité de chir. 1891, pag. 333.

²⁾ Société anatomique de Paris 1885.

de 3 laatste vormen van specifieke ontsteking alle uit van een gelatiniforme infiltratie in de buurt van de epiphysairlijn; hierop volgt de ontsteking van de synovialis, de uitstorting van vocht, de destructie van het kraakbeen. In de oudere gevallen krijgt men dus de combinatie van perisynoviale, osteale en articulaire laesies. Hierbij kunnen een enkele maal ook aanzienlijke pijnen optreden. Bij al deze gevallen blijft echter als het meest karakteristieke bestaan de indolentie, het aetiologisch moment en het resultaat van een specifieke therapie.

Wat de indolentie betreft, die bestaat in ons geval niet. Evenmin het aetiologisch moment of het moest zijn dat van den laatsten vorm n. l. hereditaire syphilis. Van huiduitslag weet patiente niets af. Ook is niets bekend van corhyza syphilitica, die juist zoo dikwijls voorkomt bij hereditaire syphilis. Verder ontbreken de verschijnselen van geacquireerde lues die ook hier voorkomen. Eveneens was niet aanwezig de voor hereditaire lues vrij wel pathognomische inkerving der middelste bovenste snijtanden. Verder ook niet de vrij karakteristieke keratitis parenchymatosa of de lichte troebeling der cornea, die er van overblijft. Evenmin is hier de doofheid, zonder objectieve veranderingen voorhanden, die met de beide voorgaande verschijnselen de Hutchinson'sche triade vormt, die voor hereditaire lues typisch is. Ook pleit de flinke ontwikkeling van onze patiente tegen syphilis heredit.

waarbij de individuen meest belangrijk in groei terugblijven. Zoo pleit dus eigenlijk niets voor lues als aetiologisch moment. Om echter geheel zeker te zijn werd ook nog de derde factor te hulp geroepen n.l. de specifieke therapie.

Patiënte kreeg gedurende eenigen tijd jodet. kal. in kleinere en grootere giften. De toestand verbeterde hierop niet. Daarom werd een kwikkuur ingesteld, doch ook daarmee was geen vooruitgang te merken zoodat nu lues al zeer onwaarschijnlijk werd. —

Was het dan gevolg van gonorrhoeïsche arthritis? Daarop werd patiënte nauwkeurig onderzocht doch noch anamnese, noch objectief onderzoek wezen er op. Patiënte had nooit bijzondere pijn aan de genitalien, had geen last van leucorrhoe enz., zooals bij vulvitis en vulvovaginitis voorkomen. Evenmin had ze branden en pijn bij het urineeren, wat op een urethritis met opvolgende cystitis zou wijzen. Ook wijst niets in de anamnese op de heftige ontstekingsverschijnselen van een acute Bartholinitis. Het objectief onderzoek was hiermee in volkomen overeenstemming: geen meer of minder ruime secretie van een etterig of meer sereus vocht uit vulva of vagina. Evenmin na schoonmaken van het ost. ext. urethrae en leëgdrukken van de urethra tegen de symphyse een etter- of slijmpropje; ook kon geen etter gedrukt worden uit de uitloozingsbuis der Bartholinische klieren, wat op chron. Bartholinitis zou wijzen. Verder bleek niets van een cervixkatarrh, endo-

metritis, salpingitis, peri- of parametritis, zoodat het algemeene onderzoek de gonorrhoe vrij wel buiten sloot. Was er dan een aanknoopingspunt in het gewrichtslijden zelf voor het vermoeden op gonorrhoe?

LEGRANGE ¹⁾ onderscheidt vier vormen:

1°. De arthralgie, waarbij objectief niets gevonden wordt, terwijl het gewricht volkomen al zijn bewegingen houdt. De pijn is des morgens het ergst, wordt ongeveer altijd minder bij beweging. Ook is ze soms in meerdere gewrichten of gaat van het eene gewricht naar het andere en wijkt vaak voor geen therapie. Ze komt voor in elke periode van gonorrhoe, maar deze moet toch bestaan! Daarom is deze vorm hier niet aan te nemen.

2°. De hydrarthros, die bijna uitsluitend in het kniegewricht voorkomt. In den regel treedt de vochtuitstorting plotseling op, geeft de gewone verschijnselen van uitzetting enz., doch is geheel of bijna geheel pijnloos, vertoont geen locale reactie of algemeene stoornissen. Een enkele maal is de aandoening acuut als bij rheumat. artic. ac., doch tevens bestaat gonorrhoe, de aandoening is fixe en veel meer tenax. Ze komt hier natuurlijk niet in aanmerking.

3°. De acute arthritis. Deze wordt voorafgegaan door arthralgieën, die een periode van invasie vormen. Daarop komt plotseling heftige pijn met zwelling en

¹⁾ Traité de chir. 1891 pag. 340.

deformatie, terwijl de extremiteit niet meer functioneert. Deze pijn vermindert weinig door de rust, is vooral des nachts enorm. Beweging en druk, al zijn ze nog zoo gering, doen de pijn nog toenemen. De zwelling overschrijdt ver de grenzen van het gewricht, door infiltratie van het periarticulaire celweefsel. De gezwollen huid wordt rood en warm. Ook algemeene symptomen blijven niet uit. In dit stadium kan de arthritis spontaan teruggaan en genezen; maar gaat het proces verder, dan worden de ligamenta zoodanig gelaedeerd, dat abnormale zijdelingsche bewegingen en rotaties mogelijk zijn. Ook is het been gezwollen en het kraakbeen gedestruëerd. Hierop volgt in den regel ankylose tengevolge van organisatie van intraarticulaire fibreuse strengen. Een enkele maal gaat de ontsteking in suppuratie over. Noch deze, noch die waarbij ankylose optreedt, kunnen hier in aanmerking komen.

4°. De etterige gonarthrititis blennorrhogica komt vrij zelden voor, doch is van zeer ernstig karakter. In meerdere gevallen was de dood het gevolg of was amputatie noodzakelijk. Steeds wordt het kraakbeen er sterk bij gedestruëerd, zoodat we aan dezen vorm van ontsteking ook niet behoeven te denken. —

Zoo blijft nog over de arthritis deformans, die zich langzaam ontwikkelt en wel op hooger en leeftijd meest, met usuur van het kraakbeen en been en ongelijkmatige proliferatie hiervan, alsmede van elk weefsel, dat aan de samenstelling van het gewricht

deelneemt. Meest treedt ze op in meerdere gewrichten.

Soms is het eerste verschijnsel kraken; soms pijn, een enkele maal een voorbijgaande zwelling, een lichte hydrarthrose. De pijnen zijn in den regel vaag, treden op bij vochtige koude of bij vermoeienis, verdwijnen vaak na beweging. Ze treden spontaan op, worden niet opgewekt of versterkt bij beweging of druk. Kort na of gelijktijdig met het optreden van de pijn merkt men ook de deformatie van het gewricht. Eerst treedt een onregelmatige zwelling op, een soort verbreeding van de beenige uiteinden, vervolgens treden zeer langzaam meer of minder harde, wratvormige of puntige uitsteeksels op. Ook vitieuse standen, nog verergerd door atrophie, ja soms retractie van spieren. In dit stadium merkt men bij beweging in het gewricht crepitatie tengevolge van het ruw worden der gewrichtsvlakken, die normaal met elkaar in contact zijn. Dit verloop gaat continueel en progressief door. Wat de bewegingen betreft, die zijn aan den eenen kant wel beperkt door de kraakbeenige en beenige stalactieten, die als een wig werken, maar aan den anderen kant zijn ze vaak te uitgebreid door verbreeding van de gewrichtsoppervlakte en destructie van bepaalde ligamenten. Toch kunnen deze patienten bijna altijd hunne extremiteiten vrij goed gebruiken; alleen des morgens als ze beginnen met beweging te maken, klagen ze over erge stijfheid.

Gaan we nu na welke overeenkomst ons lijden hier-

mede heeft, dan valt op, dat we hier te doen hebben met een jeugdig individu; dat de pijn niet vaag is of bij beweging minder wordt, doch dat bij langdurige observatie de invloed van beweging en druk niet te berekenen was. Verder, dat het verloop niet was continueel en progressief, maar intermitterend. Ook is er geen crepitatie en evenmin zijn abnormale bewegingen mogelijk, die zouden wijzen op destructie van ligamenten. Een trauma was niet de oorzaak van het knielijden. Ook is de functie hier zeer gestoord.

Zoo wordt de diagnose van arthritis deformans onwaarschijnlijk, maar niet geheel uit te sluiten. Stellig wèl de polyarticulaire vorm, dien we juist beschreven, maar niet de mono- resp. bi-articulaire vorm, een ziekte die bij jonge individuen voorkomt met gelijk aetiologisch moment. Raadplegen we echter KOENIG ¹⁾ dan vinden we daar, dat deze vorm ongeveer alleen in heup- en elleboogsgewricht voorkomt en snel verloopt; in den loop van een jaar kan een geheele femurkop bijna verdwenen en de pan zeer sterk vergroot zijn. Hieraan behoeven we in dit geval dus niet te denken. —

Kan het dan chronisch gewrichtsrheumatisme zijn? Hierbij heeft men eerst verdikking en infiltratie van de weke deelen om het gewricht, die later gaan schrompelen, terwijl kraakbeen en been oppervlakkig gedestrueerd worden en tot vergroeiing neigen, zoodat

¹⁾ Lehrb. d. algem. Chir. 1889, pag. 692.

op den duur steeds gewrichtsstijfheid en ankylose optreden. Dit hebben alle vormen van chron. gewrichtsrheum. met elkaar gemeen, doch overigens verschillen ze soms zeer. VOLKMANN onderscheidt ze in infectieuze en locale. De eerste zijn polyarticulair, in bijna alle gewrichten, komen hier niet in aanmerking. Daartegenover staan de z. g. locale, niet-infectieuze vormen. Deze zijn ook meest polyarticulair, doch een enkele maal komt een monarticulaire vorm er van voor, waarbij men langzaam een diffuse zwelling ziet optreden bij aanzienlijke pijnlijkheid van het gewricht. Dan is het volgens KOENIG soms niet mogelijk ze van tuberculose te onderscheiden, vóór men tot incisie is overgegaan. Ook bij dezen vorm vindt men dan kraakbeenusuur en ruwheden aan de kapsel. Verder is deze aandoening ook progressief, niet intermitterend, zooals ons lijden. Ook geeft ze de reeds genoemde afwijkingen aan het gewricht met vrij sterke spieratrofie enz., zoodat de mogelijkheid van deze aandoening hier niet erg groot is. —

Dan komen nog in aanmerking *corpora aliena*.

Deze zijn week of hard. De weke zijn bloedstolsels, lipomen of polypachtige woekeringen van de kapsel, die alle ook als vrije lichamen in het gewricht kunnen optreden. Ze komen voor bij hydrops simplex, bij arthritis deformans en chron. gewrichtsrheum. en bij tuberculose, liefst bij den hydrops tuberculosus. Van deze kan hier geen sprake zijn, daar we de ziekte zelf zeer waarschijnlijk niet voor ons hebben en de hier te pal-

peeren afwijkingen fixe en hard zijn, terwijl genoemde vreemde lichamen zacht knersend onder de vingers wegglijden.

De harde corpora aliena komen meest voor bij arthritis deform. Alle weeke deelen kunnen hier aanleiding geven tot vorming van been of kraakbeen; gewoekerde villi bijv. of ook de synovialis gaan direct in kraakbeen over, zooals door VOLKMANN geconstateerd is. Deze kraakbeenig-beenige platen kunnen dan in de kapsel blijven zitten of langzamerhand gesteeld worden en los raken. Ook heeft men wel kraakbeenwoekeringen aan den kraakbeenrand, die daar eerst vrij breed opzitten, later gesteeld worden en los raken, spontaan of na trauma. In den regel heeft men verschillende stadia naast elkander en is het gewricht er sterk bij aangedaan. Er treedt in deze gevallen meest een vochtuitstorting in het gewricht op, die verdwijnt zoo gauw de patienten rust nemen. Van dit alles is aan ons gewricht niets te constateeren, zoodat deze aandoening, evenals reeds voor arthritis deform. zelf is geconstateerd, hier al weinig in aanmerking komt.

Bij osteochondritis dissecans vindt men vreemde lichamen in het gewricht, die aan de eene zijde beenig, aan de andere zijde kraakbeenig zijn. Hierbij komt echter volstrekt geen verdikking voor; wél defecten in het been daar, waar de corpora aliena losgeraakt zijn.

Ook komen in schijnbaar gezonde gewrichten kraakbeenige vreemde lichamen voor, die echter niet tot de

over den geheelen beenomtrek verbreide verdikkingen aanleiding kunnen geven.

Ook na trauma kan een vreemd lichaam zich vormen, doch daarmee hebben we hier niet te doen, want het aetiologisch moment ontbreekt, terwijl de verdikking ook hiervoor te uitgebreid is.

Overigens zijn de pijnen meesttijds niet erg; de patienten kunnen bijna steeds hun werk er om verrichten. Nu en dan echter kunnen ze plotseling heftige pijn en belangrijke functiestoornis verkrijgen door inklemming, die weder even snel verdwijnen als de inklemming opgeheven is. Meest treedt er ook vochtuitstorting bij op. Dit alles maakt corpora aliena mede zeer onwaarschijnlijk hoewel ze niet geheel zijn buiten te sluiten. —

Was er dan tabes of eene andere ruggemergsziekte in het spel?

Door Dr. WERTHEIM SALOMONSON hierop den 5^{den} Jan. 1894 onderzocht, blijkt dat patiente niet klaagt over lancineerende pijnen in de onderste extremiteiten of paraesthesieën aan de ulnairzijde van de hand. Evenmin is aanwezig het gordelgevoel aan den romp. De patellairreflexen zijn aanwezig en de pupillen vernauwen zich reflectorisch. Ook bestaat geen dubbelzien of amblyopie. Er zijn geen anaesthetische plekken. Stoornissen van den kant van blaas en rectum zijn niet aanwezig, evenmin als gastrische crises. Geen ataxie, geen phenomeen van ROMBERG, geen parese of paralyse, geen sterke atrophie. Ook is het tabetische gewrichtslijden

meest onpijnlijk, vertoont vaak het beeld van arthritis deform., maar verloopt veel sneller destrueerend, voornamelijk onder den invloed van analgesie, ataxie en broosheid van het been.

Verder werden geen hysterische stigmata gevonden. Druk op de zenuwen was niet pijnlijk. Aan den buitenkant van de zieke heup bestaat een lichte huidhyperaesthesie, die zich nog iets naar beneden langs het bovenste gedeelte van het dijbeen voortzet. Deze hyperaesthesie openbaart zich zoowel bij opnemen eener huidplooi als bij prikken met eene speld. Een andere maal wordt de eene rughelft hyperaesthetisch gevonden. De faradische prikkelbaarheid der spieren van het rechter boven- en onderbeen is iets minder dan die van het gezonde been, doch het onderscheid is gering. Zoo kwamen wij wederom op eene nerveuse aandoening terug. Hiervoor pleitte het eigenaardige, onrustige uiterlijk der patiente. Verder de algemeene voedings-toestand, die bij zoo langen duur van het lijden best was. Plaatselijk heeft men de spontane pijnen, die een enigszins neuralgisch karakter dragen. Ook vindt men hier cutane hyperaesthesie. Dan trappeert de geringheid der plaatselijke afwijkingen bij zóó langdurige aandoening. Ook vindt men weinig spieratrofie. Daarom wordt het overal aanbevolen hulpmiddel voor de diagnose, de chloroformnarcose aangewend en wordt gevonden: eene ruime beweeglijkheid in het heupgewricht! Ook in het kniegewricht bestaat

beweeglijkheid, zonder crepitatie, tot $\pm 90^\circ$. De gedachte aan een nerveus lijden drong zich dus steeds meer aan ons op, maar daar er beslist anatomische afwijkingen te constateeren waren, twijfelden we nog. Daarom werd, om tijdens den langen observatietijd althans een deel der afwijkingen te behandelen, eerst nog weer zooveel mogelijk gedaan om de rotatie in het heupgewricht te corrigeeren, wjl de toestand niet beter geworden was sedert patiente in het gasthuis werd opgenomen.

Een rekverband met een paar dwarse strooken wordt dus den 6^{den} Januari aangelegd, met het doel de buitenwaartsrotatie te bestrijden. Na ruim veertien dagen wordt het weer afgenomen, wjl het patiente voortdurend klachten gaf en zij alles deed wat mogelijk was om zich aan zijn invloed te onttrekken. Het meest schijnt haar huid elken druk onaangenaam te vinden. De stand van het been is iets, maar niet veel verbeterd. Het been komt nu in een lange beenlade met T-stuk. Deze wordt een dag of drie aangewend, doch toen weer afgenomen omdat patiente over veel pijn klaagt. Op haar verzoek wordt het rekverband met rotatie naar binnen weer aangelegd. Terwijl dit een week ongeveer werkt, klaagt de patiente weer zeer sterk over pijn in de knie, ter plaatse waar de pleisterstrook drukt, zonder dat de huid daardoor geirriteerd of wond gemaakt was. Het rekverband wordt nu zóó gemodificeerd dat de heet-pleisterstrook aan den binnenkant slechts reikt tot on-

der de knie. Mediaal ter hoogte van de gewrichtsspleet accuseert patiente reeds bij lichten druk hevige pijn. Ook bewegingen in het gewricht zijn zeer pijnlijk. Patiente blijft de volgende dagen klagen dat de pijn mediaal steeds erger wordt en continueel bestaat ook zonder dat die plaats aangeraakt wordt. Bij de behandeling met rust worden de klachten stellig meerder in plaats van minder; daarom wordt den 8^{sten} Febr. het verband weggenomen en een rotatieverband aangelegd, dat het rechterbeen naar binnen draait en waarmede patiente kan loopen. Hiertoe worden twee hechtpleisterstrooken door een guttaperchastrook — acht-dubbel gevouwen guttaperchawindsel — verbonden. Het eene einde wordt spiraalsgewijze om het bovenbeen, het andere om den thorax geslagen en wel zoodanig, dat de guttaperchastrook midden op den buik ongeveer komt te liggen. Dit verband doet weinig dienst. Patiente roteert bij het loopen met een driepoot toch het rechterbeen naar buiten door vooroverbuiging en verwringing van den romp, waarbij het verband ontspannen wordt. Liggende bracht zij daartoe de heup in flexie. De rechtervoet steunt voortdurend op den linker. Daarom wordt eene week later het verband weer afgenomen en daar alle verdere pogingen schipbreuk leden en de pijn voortdurend bleef bestaan werd tot operatie besloten, die begonnen met diagnostisch doel, mogelijk zou kunnen leiden tot verbetering.

16 Febr. wordt onder ESMARCH'sche bloedleëghed

het kniegewricht blootgelegd volgens de methode van

Prof. ROTGANS, met behulp der stoelsnede:



De eerste snede ab , p. m. 18 cM. lang, loopt

in de lengterichting van het been, langs den lateralen kant der patella en van het lig. patellae en eindigt eenige cM. beneden den margo infraglenoidalis tibiae. Ze gaat overal direct tot op het been en opent tevens het gewricht. De snede cd wordt dorsaalwaarts vlak langs den voorrand der pees van den musc. biceps, van af het capit. fibulae tot de hoogte der patella-bovenrand, gemaakt en dringt eveneens direct door tot op het been en in het gewricht. De dwarse incisie df omsnijdt den bovenrand van den condyl. lateralis femoris en verbindt de sneden ab en cd . Nu wordt de aanhechting van het lig. laterale der kapsel te zamen met een gedeelte van den cond. femor. ext., waaraan het insereert, afgebeiteld, zoodat nu bij adductie van het onderbeen de laterale zijde van het kniegewricht komt bloot te liggen en gemakkelijk is te overzien. Het lig. mucosum en de lig^a cruciata worden nu doorgesneden. Deze laatste zijn niet in een voorste en achterste te onderscheiden, maar vormen één geheele, verdikte massa.

Na dit alles blijkt echter dat de kapsel en de bursa subcrur. uit zulk stevig weefsel bestaan, daar zij verdikt zijn en de geheele gewrichtsholte gelijkmatig verkleind is, dat zij de luxatie der tibia naar binnen met moeite toelaten. Na enkele ontspanningssneden in de

bursa subcruralis en het lig. patellae kan echter de patella zoover worden geluxeerd dat men een vrij goed overzicht over het laterale gedeelte van het kniegewricht krijgt. De patella laat zich echter niet zoover luxeeren dat ook het mediale gedeelte over den geheelen omtrek ruim bloot ligt.

Men ziet nu dat de randen der gewrichtsvlakten van femur en tibia gelijkmatig omgekruld zijn over den geheelen zichtbaren omtrek. Het kraakbeen van de gewrichtsvlakten is dun, minder doorschijnend, behalve aan de omgekrulde randen, waar het blauwachtig wit en eenigszins, doch niet bizonder verdikt is. Aan het achterste gedeelte der tibiavlakten, in de omgeving van de insertie der lig^a cruciata is het door bindweefselachtig weefsel bedekt. Het is nergens losgelaten, maar wel verdund op vele plaatsen. De omgekrulde randen worden nu gedeeltelijk met hamer en beitel van femur en tibia afgebeiteld, eveneens gemakkelijk met een mes afgesneden over de geheele bereikbare voor- en zijvlakte. Om den omgekrulden rand der tibia weg te nemen, moet eerst de meniscus ext. van de kapsel worden los gesneden. De mediale rand der tibia werd echter onder den meniscus door afgesneden. De kapsel was overal glad en fibreus verdikt; de gewrichtsholte was verkleind vooral in de bursa subcrur. Zij bevatte weinig en helder synoviaalvocht. Geen plaatselijke verdikkingen, kraakbeen of beenplaatjes waren in de kapsel te constateeren, geen woekering der villi, geen corpora

aliena, geen granulaties. Geen defecten in femur of tibia, geen wrachtige kraakbeen- of beenwoekeringen aan de kapsel insertie. Wel, zooals we zagen een frappant regelmatige omkrulling naar buiten van de randen der tibia- en femurcondylen, waardoor een regelmatige vergrooting van het beenige gewichtsoppervlak bestond alsof beide gewrichtsvlakten elkaar hadden ingedrukt. — De afgebeitelde of afgesneden randen hadden een driehoekvormige doorsnede bestonden uit spongieus been met macroscopisch onveranderd kraakbeen bedekt. Microscopisch is het niet onderzocht geworden.

Na afloop hiervan (er werd niet gezien, dat therapeutisch meer verricht kon worden) wordt de buitenste meniscus met enkele hechtingen van catgut weer aan de kapsel vast-gehecht. Een enkele hechting wordt gelegd door de doorgesneden lig^a cruciata en verder worden laagsgewijze de verschillende étages der stoelsnede gehecht, nadat eerst nog met behulp van een periostnaad het afgebeitelde beenstuk van den condylus femor. ext. met de bovenste insertie van het lig. laterale op zijn oude plaats is bevestigd. Daarna antiseptisch verband en daarop gipsverband.

Terstond na het ontwaken uit de narcose die ongestoord verliep, begon patiente te klagen over hevige pijn in de geopereerde knie. Deze pijn bleef ook nadat een morphinepoeder en later nog een morphineinjectie gegeven waren. Patiente sliep dien nacht slecht en had den volgenden dag nog steeds heftige pijn, die niet

veel verminderde na morphineinjectie. Daarom werd nu een venster in het gipsverband gemaakt ter hoogte van de wonde, en wat deze bedekte weggenomen op het jodoformgaas na, dat de wonde direct bedekte. Hierop nu weer watten en katoenen windsels; doch de hevige pijn bleef. De temp. is 37.5—38.5 °C. Den derden dag na de operatie klaagt patiente nog steeds over enorme pijn in de knie, die voor geen morphine wil wijken. Daarom wordt nu het geheele gipsverband doorgesneden. De wonde heeft weinig gebloed. De randen zien wat hyperaemisch, vooral om de steekkanalen. Alleen waar de mediale lengtesnede en de dwarsincisie samen komen, zijn de hoeken anaemisch. Nu aseptisch verband en het been weer in het opengesneden gipsverband.

Een week later zijn de randen nog wat gezwollen, de anaemische hoekjes zijn necrotisch geworden; overigens ziet de wonde er goed uit. In de volgende dagen ontstaat op de necrotische plaats een vrij groot defect, dat tamelijk sterk secerneert. Overigens is de wonde op eenige steekkanalen na genezen. Den 10 Maart onderzocht gaat het defect vrij diep, doch niet tot in het gewricht. Een nieuw gipsverband wordt nu aangelegd. Patiente kan dit niet verdragen door aanraking met de huid. Een paar dagen later wordt er een venster in geknipt. De klachten blijven; echter niet in de wond alleen, maar overal waar het verband zit. Na veertien dagen wordt het geheel afgenomen. Verder geen immobilisatie maar een gewoon verband met perubalsem.

Den 5 April is de wonde bijna gesloten. Alleen waar de necrose gekomen is bestaat nog een open plekje. Dit wordt met lapis aangestipt en nu komt patiente voor 't eerst weer op de been. Zij sleept het rechter-been a. h. w. mee, met nog steeds sterk naar buiten geroteerden voet. In de volgende dagen sluit de wonde zich steeds meer. Passieve bewegingen zijn echter nog zeer beperkt en pijnlijk. Patiente begint overigens tamelijk goed te loopen.

Den 14 April gaat buiging in de knie weer slechter en een paar dagen later is het geheele been voornamelijk de voet, gezwollen, wat zoo dikwijls bij het eerste loopen na lange rust voor een aandoening der onderste extremiteiten wordt waargenomen. Daarom comprimeerend verband. Na enkele dagen is de swelling minder en de wonde gesloten. Het comprimeerend verband blijft tot midden-Mei, wordt dan afgenomen. Passieve bewegingen in de knie zijn nog vrij pijnlijk, actieve weinig pijnlijk. Hoewel nu het loopen langzaam beter wordt, blijft de voet even sterk naar buiten geroteerd. Nu wordt haar gegeven een instrument met goed sluitenden bekkengordel, met dubbele articulatie, voor buigen-strekken en afvoeren-aanvoeren in het heupgewricht, en een enkele voor buigen-strekken in knie- en voetgewricht. De beide zijdelingsche stangen worden met een ijzeren zool soliede bevestigd aan den schoen. Dit instrument diende om bij zooveel mogelijk behoud der beweeglijkheid in knie en voet en heup de rotatie in

het heupgewricht tegen te gaan en deed dit uitnemend. De eerste loopproeven, waarbij voorzichtigheidshalve de kniearticulatie in den beginne vastgezet werd, slaagden zoo goed, dat we meenden patiente functioneel voldoende genezen te hebben. — Op zekeren dag klemde een der gordels waarmee het instrument boven de knie aan het been was bevestigd, waardoor de knie wat opzwol, patiente opnieuw de hevigste pijn accuseerde, en plotseling weer zoo hulpeloos werd als tevoren. Tijdelijke afname van het instrument deed dit spoedig genezen en ze werd den 5 Juni hiermee ontslagen. De maten waren toen als volgt:

	Rechts (ziek). Links (gezond).	
Omtr. vlak boven knie	38.5 cM.	37 cM.
„ dikste dl. v. d. kuit.	33 „	34.5 „
„ dij onder plica lab. maj.	52.5 „	54 „
Afst. sp. il. ant. sup.—mall. int.	84 „	85 „

Beweeglijkheid in het heupgewricht vrij ruim, in de knie zeer beperkt.

Den 15 Juni komt patiente terug. Reeds den eersten middag dien zij thuis doorbracht begon ze over pijn bij het loopen te klagen, wat ze eerst toeschreef aan ongewoonte. De pijn bleef echter bestaan, voornamelijk in de heup, en werd bij het loopen erger. Daarvoor is ze nu weer in het gasthuis opgenomen en na een dag bedrust zijn de klachten over de heup verdwenen. Zij klaagt nu nog over een pijnlijke plaats aan de knie. Ook bij lokaal onderzoek vindt men een cir-

cumscripte plaats, weer aan de mediale zij van het lig. patellae, die bij druk veel pijn geeft. Ook aan de laterale zijde is een pijnlijke plaats, een paar vingerbreed boven de gewrichtsspleet. Langzamerhand komt patiente, zonder veel therapie behalve zachten dwang, weer op de been en in de laatste week van Augustus wordt ze opnieuw ontslagen. Sedert hoorden we niets van haar, tot zij op den avond van 14 November het lokaal voor secours immédiat van het B. G. opzocht. Toevallig zagen wij haar binnenkomen en verheugden ons over haar goeden gang. Haar ondervragende, bleek, dat zij zoo juist bij een val haar patella had bezeerd en daarvoor hulp zocht. Terwijl zij ons nu volgde naar de operatiekamer bleek, hoe zij vrij goed de trap opliep en viel ons het eerst op, dat de voet veel minder naar buiten geroteerd was. Op de vraag, waarom zij niet haar instrument gebruikte, volgde het voor ons niet opwekkende antwoord, dat zij het thuis direct na haar ontslag had afgedaan. — Verder was zij werkzaam op een koffiebalenfabriek, waarbij zij veel kon zitten. Overigens zag zij er nu niet zoo florissant en goed gevoed uit als vroeger. — Ondanks de spijtige ervaring dat ons zoo goed schijnend instrument niet de eer had genoten de dame te bevallen, maakten we haar met zekere vreugde opmerkzaam op haar goeden gang en den goeden stand van haar voet. Ternauwernood was dat gezegd, of de voet draaide naar buiten, waarbij gelukkig kon worden opgemerkt, dat het patiente een oogenblik moeite kostte.

De patella bleek bij onderzoek heftig pijnlijk te zijn, hoewel niet de minste zwelling of huidverkleuring zichtbaar was of later zichtbaar werd. — Op ons verzoek liet ze zich ter observatie weer eens opnemen en aldus kwam zij den 24 November in het B. G. terug.

Den volgenden dag onderzocht, vonden we, blijkens den stand der patella geen rotatie in het heupgewricht, terwijl rotatie in het kniegewricht nog bestond zooals bij de eerste opname. Overigens aan de heup alles als vroeger. In de streek van trochanter en glutaëi bestaat nog een duidelijke hyperaesthesie van de huid. Bij druk op den trochanter accuseert patiente pijn aan den trochanter zelf of in het heupgewricht, al naar men haar vraagt, waar de pijn zit!

Passieve flexie is in de heup ongeveer over een breedte van 30° mogelijk. Rotatie gaat heel goed. Ab- en adductie gaan met rukjes, worden spoedig opgegeven.

Aan de knie is geen bijzondere zwelling te zien. De patella balloteert niet, zwelling noch bloedextravasaat zijn na val hierop, opgetreden.

Patiente accuseert spontane pijn aan de mediale zijde van het kniegewricht. Bij druk vindt men hier sterke pijn tot een vinger breed onder de gewrichtsspleet op de tibia, tot 1^{te} vinger breed boven de gewrichtsspleet op den femur. Aan de buitenzijde van het kniegewricht bestaat nu geen pijn. De beweeglijkheid in de knie is zeer gering.

De vroeger beschreven uitstekende beenranden zijn

aan den buitenkant onduidelijk te voelen, aan den binnenkant afgerond; ze zijn niet aangegroeid. De gewrichts-spleet schijnt hierdoor verwijd.

Wat de maten betreft:

	Rechts (ziek).	Links (gezond).
Omtrek handbr. boven knie ongeev.	40 cM.	iets < 40 cM.
„ vlak „ „	38 „	37.5 „
„ over patel	38 „	36 „
„ „ dikste dl. van kuit	33 „	34 „
„ vlak ond. plica lab. maj.	51 „	52 „
Afst. sp. il. ant. sup.—mall. int.	84.5 „	85.5 „

Hier blijkt dus uit dat de voedingstoestand buiten het gasthuis iets achteruit gegaan is, terwijl de verschillen voor ziek en gezond vrij wel dezelfde gebleven zijn.

Patiënte loopt met stijve knie, roteert daarbij het been ver naar buiten, beweegt het echter wel in het heupgewricht waarbij zij ook duidelijk de glutaëi gebruikt. —

Wat hebben we hier nu vóór ons?

Bij arthritis deformans vindt men in den regel usuur van kraakbeen en been in het centrum, hypertrophie aan de peripherie. Deze laatste is meest vrij sterk en zeer onregelmatig, zoodat kraakbeenige en beenige vegetaties, ecchondrosen en osteophyten het gewricht mede sterk deformeeren. Ook veranderen de ligamenten en kapsels der gewrichten vrij snel; op sommige plaatsen worden ze gedestruëerd, op andere plaatsen verdikt, met kleine onregelmatige puntjes bedekt. De interarticulaire ligamenten zijn bijna altijd ge-

destrueerd. De synovialis schijnt verdikt, rood, gevasculariseerd, vormt een soort wal om het kraakbeen heen. Ze is soms bezet met franjes en vlokjes, die nu en dan vrijkomen en vreemde lichamen vormen in het gewricht.

Van dit alles nu wijkt dit geval in vele opzichten af. Hier vindt men alleen een lichten pannus der tibiavlakten, concentrische kapselverdikkingen, omgekrulde kraakbeenranden, gelijkmatig langs den gewrichtsrand van femur en tibia. De verbreeding der gewrichtsvlakten, die te constateeren was, en de gelijkmatige omkrulling der randen gaven geheel het beeld alsof tibia en femur in elkaar waren gedrukt. De geringe ruimte in de fossa intercondyloidea versterkte dien indruk. Deformiteit bestond dus zeer zeker, maar ze imponeerde als eene, onder eenvoudige mechanische invloeden ontstaan. Daarvoor moest het been natuurlijk buigzaam zijn. Hoe nabij dit proces in zijn eindperiode moge staan aan de arthritis deformans, het regelmatige in de vormverandering kwam hiermee niet overeen.

Kan deze ziekte toch alleen neurose zijn? Het klinisch verloop — men denke aan het bij de beschrijving herhaaldelijk genoemde heupgewricht — wijst niet alleen hierop, maar dwingt ons tot deze diagnose. Dan rijst hierbij echter de vraag of de anatomische veranderingen — welker afwezigheid juist tot de diagnose neurose moet leiden — niet uit deze ziekte alleen te verklaren zouden zijn. En dan meenen wij dat wel degelijk deze ziekte, al is het ook indirect, de oorzaak kan zijn. Im-

mers de veranderingen aan het kniegewricht wezen er op hoe de beenige afwijkingen kunnen toegeschreven worden aan meerdere buigzaamheid, aan minder weerstandsvermogen van het been. De 1 cM. verkorting der geheele extremiteit wordt hiermee tevens verklaard. Wij meenden de oorzaak hiervan dan te moeten zoeken in de lange rust, waartoe het been door de ziekte en evenzeer door de behandeling, in de anamnese besproken, gedoemd was. Die rust trof voornamelijk het kniegewricht, veel minder de heup. Zij kon daar het meest tot buigbaar maken aanleiding geven, terwijl verder de drukkende lichaamslast bij het loopen de typische vormverandering kan verklaren.

Wat den invloed van de rust aangaat, WOLFF ¹⁾ meent: „Auf den chirurgischen Kliniken ist sehr leicht die Wahrnehmung zu machen, dass die noch so lange Zeit hindurch fortgesetzte Immobilisation von sonst gesunden Gelenken nicht die geringsten trophischen Störungen dieser Gelenke und ihrer Nachbartheile hervorbringt.” LA GRANGE ²⁾ daarentegen zegt: „Dans l'immobilité simple les lésions sont limitées au point où les cartilages sont en contact les uns avec les autres.” Terwijl KOENIG ³⁾ er van zegt: Het weerstandsvermogen van het been kan sterk afnemen door voedings-

¹⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1883, pag. 452.

²⁾ Traité de chir. 1891, pag. 301.

³⁾ Lehrb. d. algem. Chir. 1889, pag. 644.

stoornissen. Deze kunnen optreden bij ziekten van allerlei aard, algemeene en locale. Onder deze laatste spelen b. v. de chronische ontstekingen een grooten rol. Doch ook bij den gezondsten mensch kunnen ze optreden en wel ten gevolge van inactiviteit. Langdurige rust gaat de ontwikkeling van het groeiende been tegen en maakt het atrophisch, terwijl zij bij het volwassen been omvang en vastheid doet verminderen. —

En welke de prikkel geweest is, die hier de verdikking der kapsel bewerkte? Veel is hierover nog niet geschreven.

ZIEGLER ¹⁾ zegt: „Das Wachsthum des Bindegewebes, Knorpels und Knochens hängt ab von dem immanenten Productionsvermögen und der Stärke der Blutzufuhr. Bei der beständigen Anwesenheit der ersteren ist zur Zeit des Wachsthums daher allein das letztere maassgebend. Warum sollte nicht auch unter pathologischen Verhältnissen eine Steigerung des in der Zeiteinheit die Zelle passirenden Nährmaterials eine Proliferation in 's Leben rufen können, vorausgesetzt dass die Proliferationsfähigkeit der Zellen noch nicht erlöscht ist?“ — Welke nu hier die pathologische omstandigheden zijn is moeilijk uit te maken. Of het soms toch eene lichte chron. ontsteking is, die b. v. na eene acute overbleef? Dit staat vast, dat patiente in haar

¹⁾ Archiv von VIRCHOW. 1878, 376.

ziekte vier jaar vrij goed geloopt heeft. Niets wijst verder na de operatie op eene acute verheffing der ontsteking, waardoor de vermeerdering der klachten zou te verklaren zijn. In dit geval zouden ze door rust verminderd zijn, nu werden ze erger. En welke zou hier de oorzaak zijn? Geen trauma trof de knie. Alleen is bekend dat patiente 2 jaar vóór het begin der knie-aandoening op de heup viel.

Hier kan al weder de vroeger ingestelde therapie een rol spelen, want bij rekverbanden voor het heup-gewricht treedt dikwijls verslapping der banden van het kniegewricht op; een jaar met TAYLOR's apparaat rond te loopen maakt dit niet beter. Door deze verslapping, bij gebrekkige contrôle, is het buitenwaarts vallen van den voet te verklaren, die door opvolgende kapselschrompeling in dien stand gefixeerd werd.

Is dit juist, dan zou dus in de therapie de hoofdfactor der anatomische veranderingen zijn gelegen.

Onbeantwoord blijft de vraag — te meer daar het bovenstaande slechts beschouwingen bevat die, met het oog op ons geval opgeworpen, misschien aanleiding kunnen geven tot meerdere waarnemingen in dien zin of ook tot algeheele bestrijding — of en in hoeverre dergelijke therapie, die als een licht, maar langdurig inwerkend trauma voor het kniegewricht kan gelden, onder den invloed eener neurose erger gevolgen zal hebben dan bij een geheel gezond gewricht.

Groot is het aantal gevallen van gewrichtsneurose, waarbij operatief ingrijpen plaats had, nog niet.

BRODIE deelt er drie gevallen van mede. In alle drie gevallen werd amputatie van de dij gedaan, en aan het gewricht niets gevonden dan geringe usuur van het kraakbeen. Het therapeutisch effect was nihil, want de pijnen keerden even sterk in de stomp terug.

Ook COULSON deelt een geval mede van dijamputatatie ter wille van een nerveus lijden in de knie. De autopsie gaf slechts wat dunner been en kraakbeen. Het effect van de operatie wordt niet gemeld.

BOECKEL¹⁾ deed een exarticulatie van het heupgewricht bij een meisje van 28 jaar, dat zes jaren lang pijnen in dat gewricht had, die voor geen therapie weken. Het onderzoek in narcose, reeds vroeger meermalen verricht, waarbij de volkomen integriteit van het gewricht geconstateerd was, werd bevestigd door de autopsie, die het volgende resultaat gaf: De corticale laag van de femurcondylen was papierdun. Het merg van den femur was vettig gedegeneerd; eveneens het kraakbeen van het caput femoris en van het kniegewricht, dat ankylotisch was door een massa fibreuse strengen in het gewricht. De patiënte genas en de pijnen verdwenen.

Twée andere gevallen, door POXCET geopereerd, deelt

¹⁾ Gazette médicale de Strasbourg, février 1870.

AUDRY ¹⁾ mede onder den titel: „Arthralgie à forme neuralgique,” die echter m.i. niets bewijzen. In het eene geval werd in de heup geëxarticuleerd, doch de patiente stierf ten gevolge van den shock. Men vond verschillende afwijkingen die op eene vroegere ontsteking wezen.

In het andere geval werd amputatie van de dij gedaan in het onderste $\frac{1}{3}$ bij eene patiente van 36 jaar, die op 18-jarigen leeftijd (in 1867) een acute, pijnlijke hydarthros kreeg, waarmee zij 18 maanden te bed lag. Daarna verdwenen de pijnen; wel kwamen ze nu en dan eens terug, maar ten slotte bleven ze geheel weg tot 1883. Toen kwamen ze in hevige mate terug, vaak dag en nacht, met neuralgisch karakter. Er bestond ook eene sterke cutane hyperaesthesie. Overigens nergens ontstekingachtige zwelling of absces. Alleen buitenwaarts van de knieholte was een kleine fistelgang. Bij applicatie van ferrum candens en een immobiliseerend verband, verdwenen de pijnen gedurende acht dagen, kwamen toen terug. Weldra werd het verband weggenomen en werden allerlei andere middelen aangewend, die slechts voor enkele uren verlichting aanbrachten. Daarom werd in 1885 ten slotte de amputatie gedaan, die een einde maakte aan de pijnen. De autopsie van het gewricht gaf slechts lichte veranderingen van ontstekingachtigen aard, op weg van

¹⁾ Revue de chir. 1888, pag. 829.

genezing; niets kon de enorme pijnen verklaren. In een derde, overeenkomstig geval, trad ook genezing op na amputatie.

PETERSEN ¹⁾ vermeldt ook een geval. Hij diagnosticeerde bij een bleeke, tengere patiente, wier moeder aan phthisis overleed, een tuberculeuse arthritis. Nadat nu patiente alle mogelijke behandelingswijzen had ondergaan, die niets baatten en nadat ook nog een hectische(?) koorts was opgetreden die aan een bronchitis werd toegeschreven, deed P. arthrectomie, daar patiente zich zeer afgemat gevoelde en de koorts bleef. Hij vond een volkomen gezond gewricht en sloot het daarom direct weer. De temperatuur werd normaal, de pijnen verdwenen, doch kwamen na enkele maanden terug. Hierop met massage en passieve bewegingen behandeld bleven ze weg. —

Daarnaast staan nu vier gevallen door PERROGON ²⁾ verzameld. P. beschouwt deze als een aparten vorm van arthralgie. Hij laat zich aldus uit ³⁾:

„En dehors de l'arthralgie essentielle, de la forme mixte hystero-organique de CHARCOT, il existe encore une troisième forme d'arthralgie dans

¹⁾ Ueber Gelenkneurosen (Archiv. f. klin. Chir. VON LANGENBECK 1889).

²⁾ De l'intervention chirurgicale dans l'arthralgie à forme persistante et rebelle. Thèse de Lyon, 1893.

³⁾ L. c. pag. 13.

laquelle on trouve parfois des lésions, mais des lésions tout à fait banales et disproportionnées à l'acuité des douleurs. Cette forme d'arthralgie est justiciable de l'intervention chirurgicale. Sa tenacité se caractérise par une douleur fixe, et par ce fait que, chez tous les sujets, on n'a pas trouvé de stigmates hystériques. Cette forme, du moins d'après les quelques observations que nous avons pu réunir, semble être l'apanage exclusif de la femme."

En verder dezen vorm besprekende zegt PERROGON: de pijnen treden bij deze gevallen in den regel na een licht trauma op of in een lang geluxeerd gewricht of wel in een gewricht dat vroeger de zetel was van een lichte ontsteking. In het begin zijn de pijnen dof en niet heftig, treden op bij druk en veel beweging, om bij rust weer te verdwijnen. Ook vertoonen ze in het begin lange intermissies. Doch later worden ze continueel, zeer heftig en laten den patienten geen rust, storen soms den slaap. Het meest karakteristieke van deze pijnen is hare heftigheid en lange duur. Daar ze zoo fixe zijn, maken zij eigenlijk niet den indruk de uiting van een nerveus lijden te zijn, te meer daar er weinig nerveuse klachten gevonden worden. Hierin wordt men dan nog versterkt als de patienten door de pijnen er eenigszins lijdend beginnen uit te zien. Dan worden derivantia, immobilisatie, rekverband en een roboreerende behandeling aangewend, doch aan die alle bieden ze zeer hardnekkig weerstand.

Wat moet men nu in zulke gevallen, die niet veel voorkomen maar waarmee ons geval groote overeenkomst heeft, doen? Dan moet men tot opereeren overgaan doch, volgens PERROGON, op voorwaarde dat de pijnen nog goed gelocaliseerd zijn, dat er geen hysterische stigmata bestaan, vooral als het gewricht vroeger de zetel van een ook nog zoo lichte ontsteking geweest is, al zou men ook in narcose de volkomen integriteit van het gewricht constateeren. In zulke gevallen moet men ook hier profiteeren van de voordeelen, die de anti-sepsis ons geeft en zien wat er plaats heeft onder het periost, in het been en in het gewricht.

Welke de oorzaak is van de pijnen in deze gevallen? Men weet het niet. Nu eens werd een vettige degeneratie van het been gevonden, dan weer een licht gevasculariseerd punt in de epiphyse of een verdikking van de synovialis; in ons geval een woekering van den kraakbeenrand aan de beeneinden, doch geen anatomische afwijkingen, die de pijn zouden kunnen verklaren. Een mogelijkheid is dat onder den invloed van vasomotorische stoornissen in de zenuwdraadjes van de epiphysen, die van zenuwmerg en periost komende, de vele capillaria in de epiphysen vergezellen, een lichte neuritis optreedt. Deze zou op den duur kunnen ascendeeren en pijn geven langs het geheele been, wat dan tevens de verklaring zou geven van de contraindicatie voor chirurgisch ingrijpen, die volgens PERROGON be-

staat, wanneer de pijn niet meer gelocaliseerd is maar irradieert over het geheele lid.

De pijn heeft dan in den regel lang bestaan en de patienten zijn zóó uitgeput, dat ze toch door den shock bij de operatie, zouden sterven; en zoo niet, dan keert de pijn toch in de stomp terug. Treden bij deze irradieerende pijnen sterke trophische stoornissen op van spieren of huid, dan heeft men meest te doen met een aandoening van de medulla of zooals in het geval van MAYO met compressie van een zenuw, en dan is opereeren natuurlijk ook gecontraïndiceerd, tenzij het de oorzaak kan wegnemen.

Overigens moet deze lichte neuritis voorkomen bij voor neuralgieën gepraedisponeerde individuën, dus vooral bij nerveuse vrouwen.

De vraag is nu welke operatie in de gevallen, die er voor in aanmerking komen, moet plaats hebben? En dan zegt PERROGON: ¹⁾ Neurotomie of neurectomie geeft hier niet, want men kan toch niet alle zenuwdraden, die het gewricht voorzien, reseceeren; voornamelijk die niet, welke naar de beeneinden gaan, waar het juist in hoofdzaak om te doen is.

Ook arthrotomie is volgens P. af te keuren, daar het lijden in de beeneinden zetelt.

Abrasie van de gewrichtsvlakken is om dezelfde reden een zeer onvolledige operatie; ze heeft

¹⁾ L. c. pag. 33.

hoogstens voorbijgaand succes en geeft orthopaedisch geen betere resultaten dan de operatie die men volgens P. moet doen, n.l. de resectie, waarnaast de amputatie, die ook goede resultaten had, natuurlijk niet in aanmerking kan komen, evenmin als exarticulatie.

Tot staving van deze meening bespreekt P. dan de gevallen hem door OLLIER, POLOSSON en PETERSEN medegedeeld en die van AUDRY, in de *Revue de Chir.* vermeld, benevens het geval van BOECKEL.

In het laatste geval trad wel genezing op, maar.... ten koste van de geheele extremiteit, die in de heup geëxarticuleerd werd! Evenzoo in het geval door AUDRY mededeeld, waar OLLIER amputeerde! en in een geval door OLLIER vermeld, dat zeer instructief is door de behandeling, die aan de amputatie voorafging. Het betreft een meisje van 24 jaar, met pijn in de knie, die zij gehouden had uit een aanval van rheumatismus artic. ac. Patiente werd voor die pijnlijke knie in l'Hôtel-Dieu maanden lang behandeld met derivantia, immobilisatie enz.

Ten slotte was het gewricht geheel ankylotisch geworden. Toen waren de pijnen ongeveer weg. Patiente ging een poos naar huis, doch kwam met pijn terug. Weer werd ze met vesicantia, immobilisatie behandeld doch zonder veel succes. De pijnen weken weldra zelfs niet meer voor morphine-injecties, chloral, opium enz. De patiente leed er zichtbaar onder. Daarom besloot OLLIER operatief in te grijpen. Aan de mediale zijde

werd het gewricht geopend en de condylus intern. femor. werd oppervlakkig getrepaneerd. Het gevolg was, dat de pijn na de operatie gedurende twee dagen verdween; er bestond slechts een lichte wondpijn. Toen kwam ze echter terug. Weldra werd weer het gewricht geopend, en werd de trepanatie zeer uitgebreid; men boorde dwars door den cond. int. femor. heen. Hierop verdwenen de pijnen gedurende ruim een maand. Toen kwamen ze terug en werd de patella weggenomen. Daarop verdwenen de pijnen gedurende twee en een halve maand. Doch ze kwamen opnieuw terug en toen vroeg de patiente om amputatie. OLLIER weigerde, maar een half jaar later, in 1885, werd zij door TILLAUX geamputeerd, waarop definitieve genezing volgde. Instructief is dit geval omdat er uit blijkt, dat de kleine voorafgaande operaties maar een zeer voorbijgaand therapeutisch gevolg hadden.

In het geval van PETERSEN werd arthrectomie gedaan; de pijnen verdwenen, doch kwamen na enkele maanden terug. Toen is patiente met massage en passieve bewegingen behandeld en sedert twee maanden genezen. PERROGON meent, dat dit nog zeer wel van tijdelijken aard kan zijn.

Hiertegenover staan nu de gevallen van OLLIER en POLOSSON, waarbij niet na exarticulatie of amputatie, maar na resectie genezing optrad, met goed bruikbare extremiteiten!

Het eene geval betrof een nerveus meisje van 27 jaar, dat eerst een jaar lang behandeld werd voor een ontsteking van het kniegewricht met vesicantia en immobilisatie. Daarop in chloroformnarcose onderzocht, vond men alle bewegingen in de knie vrij, zonder wrijven of kraken. Ze werd toen weer met verbanden behandeld gedurende de eerstvolgende drie jaren. Nu en dan namen het verband wel weg, doch dan werd de pijn erger en patiente kon toch niet loopen. Ze zag er vrij pasteus uit en daar ze in dien tijd ook nog een pleuritis kreeg, werd gedacht aan een tuberculeuse aandoening van het kniegewricht. Zoo werd tot operatie besloten. Bij de opening van het kniegewricht vond men dit geheel normaal, doch daar patiente aan den cond. int. femor. steeds een levendige pijn, spontaan en bij druk, geaccuseerd had, werd tot subperiostale resectie besloten en 't gevolg was dat de pijnen blijvend verdwenen en patiente twee maanden later kon beginnen te loopen. Vier jaar later heeft zij nog geen pijn weer gehad. Zij hinkt licht, doch loopt overigens veel, zonder vermoeid te worden.

In het andere geval bestond een pijnlijke aandoening van het schoudergewricht, die de 20-jarige patiente had overgehouden na een val uit een rijtuig. Direct na den val trad een zwelling op van de hand en de scapulairstreek, die elken nacht verdween om den volgenden dag terug te keeren. Veertien dagen later kwam zij bij OLLIER, die ook de zwelling aan den schouder consta-

teerde, zonder fluctuatie. Aan het caput humeri waren pijnlijke plaatsen, voornamelijk onder het acromion. De arm was geheel machteloos. Patiente maakte den indruk nerveus te zijn. — Therapie: immobilisatie van den schouder gedurende een maand. In dien tijd trad sterke atrophie van de schouderspieren op, de pijnen werden erger. Ook na het appliceren van vesicantia verminderten ze niet. Ze namen nog steeds toe. De reeds genoemde plaatsen en ook proc. coracoides waren nu zeer pijnlijk bij druk. Ook was elke beweging uiterst pijnlijk. In narcose waren alle bewegingen echter volkomen vrij. Daarom werden nog eens het ferrum candens en de immobilisatie gedurende 8 dagen toegepast. De pijnen verminderden echter niet, kwelden de patiente zeer, zoodat zij er onder begon te lijden. Daarom ging OLLIER tot opereeren over.

Bij het openen van het gewricht vond hij slechts een iets verdikte synovialis, overigens alles normaal. Toch werd het pijnlijke caput humeri over een lengte van 4.5 cM. gereseceerd. Het resultaat was uitnemend. Eerst had patiente nog pijn, vooral gedurende den nacht. Langzamerhand werd dit minder en vier en een halve maand na de operatie was zij genezen en beschikte, dank zij een goede nabehandeling, over een volkomen bruikbaren arm. Twee en een half jaar later was dit resultaat nog te constateeren. —

Het derde, was een geval van coxalgie bij een meisje van 25 jaar met congenitale heupluxatie,

Sedert haar 13^{de} à 14^{de} jaar had zij nu en dan pijn in de heup, zonder dat het haar veel hinderde. Op 18-jarigen leeftijd werd het zonder oorzaak erger. Patiente kon niet meer gaan. POLOSSE legde een verband aan, waarmee zij vijf maanden rondliep. Toen werd het weggenomen en een aanzienlijke verbetering geconstateerd. Eenige maanden later kwamen de pijnen echter terug. Nu door OLLIER onderzocht, werd gevonden dat de bewegingen in het heupgewricht vrij pijnlijk waren. Ook druk op den kop voornamelijk aan de voorzijde geeft pijn, evenals het opdrukken van den femur. Er werd toen een tutor voor de zieke heup gemaakt, waarmee patiente na enkele maanden kon vertrekken. Ruim een jaar later kwam ze terug met pijn in de heup en een lichte zwelling. Het ferrum candens werd aangevend, en daarna werd het gewricht gedurende drie maanden geïmmobiliseerd. Dit gaf echter niet; de pijnen bleven, soms ook des nachts. Daarom werd een rekverband aangelegd. Ook hierbij bleven de pijnen, werden zelfs wat erger; voornamelijk waren ze sterk bij beweging en druk in de inguinaalstreek of op den trochanter. Loopen met krukken ging ook niet. —

Daarom werd resectie van de heup gedaan. Men vond een zeer gedeformeerden femurkop, die slechts aan het buitenste $\frac{1}{3}$ met kraakbeen bedekt was, dat aan den rand een vooruitspringende lijst vormde, daar waar het in het periost overging. Men kon deze lijst door de bedekkende weeke deelen heen, voelen. Het

binnenste $\frac{2}{3}$ had geen kraakbeen en was geheel afgeplat. De corticale beenlaag was hier wat dunner. Op doorsnede vond men eilandjes met rood beenmerg. Overigens waren geen anatomische afwijkingen te vinden, die de pijnen zouden kunnen verklaren. De femurkop werd over een lengte van 5 cM. weggenomen en de pijnen waren den volgenden dag verdwenen. Wel was er toen wat temperatuursverhooging, die bleef en tegelijk trad weer pijn op. Na een 14 dagen echter werd een absces, dat langzaam ontstaan was, geopend. De temperatuur werd normaal, de suppuratie hield wel dra op en er werd een verband aangelegd. In dit verband had patiente weer pijn in de heup. Daarom werd een rekverband geapplianceerd. De pijnen verdwenen. Nam men het rekverband even weg, dan traden ze direct weer op. Na een paar maanden echter werd het afgenomen en begon patiente, hoewel zeer gebrekkig, met krukken te loopen. Nog een paar maanden leed ze wat pijn doch toen zijn ze verdwenen en sedert loopt patiente zonder apparaten rond.

Hoewel OLLIER dit geval als een arthralgie voorstelt, zijn toch de verhoudingen hier te abnormaal om ze onder de neurosen te willen rangschikken.

HOOFDSTUK IV.

Therapie.

Deze is bij de essentieele gewrichtsneurosen, bij de arthralgieën sine materia in hoofdzaak een algemeene. Wanneer eenmaal door nauwkeurige observatie en, zoo deze nog niet tot voldoende zekerheid brengt, met behulp van chloroformnarcose de diagnose vastgesteld is, begint men met een roboreerende behandeling.

Ijzer, china, wijn, krachtig dieet, verder verblijf in land-, zee- of berglucht, alsmede zeebaden en koudwaterkuren zijn dan op hun plaats. Vooral lang voortgezette koude zeebaden worden door ESMARCH zeer geroemd, terwijl hij van nervina en antispasmodica niet veel verwacht. Alleen arsenic schijnt nu en dan goed te werken. Dit middel beveelt o. a. LEHMANN ¹⁾ ook zeer aan.

Van groot belang is het ook daarbij op de omstan-

¹⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1883, pag. 258.

digheden te letten, waaronder de patienten verkeerem. Men moet liefst uit hunne omgeving personen verwijderen, die hun, omdat anders de pijn zoo toeneemt enz., in alles terwille zijn en zóó erg vertroetelen. Men zorgt er voor lediggang en verveling zoo veel mogelijk te verdrijven, door aangename bezigheden, die afleiding bezorgen. — De overige middelen, die men lokaal aanwendt werken stellig voornamelijk suggestief. Men ziet gewoonlijk snelle verbetering van den toestand optreden als men de patienten zóó verkan krijgen, dat zij de zieke extremiteit weer gaan gebruiken. Daarvoor is vaak veel overredenskracht en desnoods dwang noodig; als hulpmiddelen gebruike men den faradischen stroom en het faradische penseel, tegelijk met passieve bewegingen, die men zoo gauw mogelijk door actieve bewegingen laat opvolgen. Ook massage en tapotage kunnen in sommige gevallen van nut zijn. Verder zijn koude douches, meermalen daags aangewend, ook niet te verwerpen. Permanente aanwending van koude is niet erg aan te bevelen. Zoolang de ijszak op de gevoelige plaats ligt, zijn de pijnen in den regel weg, maar ze komen snel heftig terug, als het ijs gesmolten is. Van dit alles, zoo ook van inwrijvingen met spiritueuse en narcotische middelen of zalven en linimenten is het succes niet steeds te berekenen.

Al de bovengenoemde middelen moeten aangewend worden nadat de therapeut door een kalm en nauw-

keurig onderzoek en door heel zijn optreden het vertrouwen der patienten gewonnen heeft. Dan kan elk dier middelen soms wonderen verrichten. Zijn de patienten eenmaal op den goeden weg, dan leidt men steeds meer hun aandacht van het gewrichtslijden af door wandelingen, reizen enz., tot de wil voldoende gestaald is om weer heerschappij te voeren over het aangedane gewricht. —

Af te keuren zijn daarentegen die locale middelen, die de krachten verminderen als derivantia, bloedonttrekkingen enz. — Ook absolute rust werkt hier slecht, al werkt ze bij ontstekingachtige aandoeningen nog zoo goed. Een gipsverband of elk ander immobiliseerend verband gedurende enkele weken aangelegd, maakt dan ook gewoonlijk dat het gewricht er nog pijnlijker uit te voorschijn komt. Ja, niet zelden wordt reeds direct de pijn in het verband zoo erg, dat men het weer moet afnemen, terwijl men toch nergens een spoor van druk vindt. Het is dan ook duidelijk, waar WERNIER de „nerveuse Coxalgie” behandelde met permanente extensie en uitnemende resultaten zag, dat hij niet deze gevallen van nerveus gewrichtslijden vóór zich had.

Verder moet men ook zeer voorzichtig zijn met allerlei wonderkuren. Zoo verhaalt BARWELL b. v. dat hij in een hardnekkig geval een bundeltje zijden draden in de buurt van het aangedane gewricht legde. Draad voor draad werd nu langzamerhand weggenomen, terwijl hij

der patiente verzekerde dat met het wegnemen van den laatsten draad ook de aandoening zou verdwenen zijn. Dit gelukte. Toch was de kuur gevaarlijk, want in het tegengestelde geval zou hij verder van het doel verwijderd geweest zijn dan ooit te voren. Beter is het over het algemeen deze miracula der charlatanerie over te laten.

Ook is het noodlottig als patienten, die, zooals voorkomt, met een ware *mania operativa passiva* (TEXTOR) behept zijn, op hun weg een chirurg ontmoeten met *mania operativa activa* (STROMEIJER). Zijn er zulke gevallen voorgekomen? Er is in alle geval vroeger enkele malen geamputeerd bij blijkbaar volkomen gezonde gewrichten. Of men echter het recht heeft hier van een „mania” te spreken? De gevallen, waarop deze uitspraak berust, zijn m.i. te weinig bekend; en de gevallen die in den lateren tijd vermeld zijn, wettigen misschien een chirurgisch ingrijpen, al zijn amputatie of exarticulatie zeker af te keuren.

Het spreekt van zelf dat, waar men gastrische stoornissen, *colica renalis*, *uteruslijden* etc. vindt, die met ons lijden in verband kunnen staan, men tegen deze te velde trekt. Zoo deelt b. v. SIMS ¹⁾ twee gevallen mede van heftige pijn in de heup, die verdween nadat bij de eene patiente een erosie aan os en cervix

¹⁾ Clinical notes on uterine surgery. London 1866, p. 413.

uteri met leucorrhoe, bij de andere endometritis genezen was. (?)

Ook is het duidelijk dat men in gevallen, welke CHARCOT noemt: organo-hysterisch, in de eerste plaats het zieke weefsel tracht te amoveeren enz.

En ten slotte komen we op de het laatst door ons besproken gevallen terug, waarbij chirurgisch ingrijpen eveneens noodzakelijk kan worden, zonder dat van een *mania operativa activa* sprake is.

De indicatie hebben we vermeld. Welke operatie hier de beste is? Er is met goed gevolg gedaan: eenmaal exarticulatie, een paar maal amputatie; deze verminkende operaties zijn bij ons lijden af te keuren. Driemaal werd, zooals we zagen, met goed gevolg resectie gedaan. Ook werd eenmaal arthrotomie gedaan, waarna de pijnen eenige maanden wegbleven; toen kwamen ze terug, doch verdwenen voorgoed nadat nog een poosje massage en passieve bewegingen waren toegepast. Daar staat tegenover het geval van OLLIER, waarbij de pijn telkens na de weinig ingrijpende operaties slechts tijdelijk verdween, totdat TILLAUX ten slotte amputeerde. Ook in ons geval is arthrotomie gedaan met wegname van de abnormale been- en kraakbeenranden. De resultaten waren, zooals we zagen, na vier en ook nu, na negen maanden, nog niet erg bemoedigend. Hoewel na de operatie tijden van slecht loopen afwisselden met tijden van goed loopen, het therapeutisch effect was negatief: de pijnen verdwenen niet en er trad meerdere

beperking der beweeglijkheid in het kniegewricht door op.

Toch had deze operatie ook hare goede zijde. Ze leerde n.l. de eigenaardige anatomische veranderingen kennen, die ons een zooveel beter inzicht in den aard der aandoening gaven. Veranderingen, die eenige gelijkenis toonden met die, welke COULSON ¹⁾ bij een dergelijke operatie vond, waarbij been en kraakbeen dunner waren, en die, welke BOECKEL ²⁾ constateerde, waarbij de corticale laag der femurcondylen papierdun was, zoodat we er toe kwamen ze aan gelijksoortige trophische stoornissen van het been toe te schrijven. Veranderingen eindelijk, die het ons mogelijk maakten met meerdere zekerheid dan te voren een behandelingswijze vast te stellen. Wat de uitkomst zijn zal? De prognose omtrent de pijn durven we, met het oog op het feit dat patiente vóór hare opname gedurende eenige jaren toch weinig last schijnt gehad te hebben, niet te stellen. Of deze pijn nog indicatie zal worden voor een chirurgisch ingrijpen als door OLLIER in dergelijke gevallen wordt aanbevolen? In meer dan één analoog geval door ons vermeld, werd dezelfde vraag langen tijd gesteld, tot ten slotte toch de chirurg meer afdoende moest tusschenbeide komen. In dat geval zouden we voorloopig stellig op resectie aangewezen zijn die, wat

¹⁾ Cf. pag. 73.

²⁾ Cf. pag. 74.

het effect betreft, bij onze kleine casuïstiek, zooals we zagen, praedomineert.

Wij zullen echter, steeds in de overtuiging slechts een neurose te behandelen, voorloopig ons houden aan die therapie, die in alle andere gevallen uitstekende en in ons geval van vele aangewende middelen de beste resultaten gaf: patient overreden of dwingen tot loopen.

Wie zou bovendien in ons geval kunnen voorspellen of niet na goed geslaagde knieresectie de heupklachten belangrijk zouden toenemen? Moesten wij dan ook het heupgewricht reseceeren?

Moge uit onze verhandeling opnieuw blijken het feit, door niemand ontkend en toch bij velen nog weinig doorgedrongen, dat rust een zeer schadelijke factor is bij de behandeling van gewrichtsneurosen. En zij dit proefschrift voor hen, die zulke gevallen mochten ontmoeten, een kleine indice om ze recht te beoordeelen en den juisten therapeutischen weg in te slaan.

STELLINGEN.

I.

Er bestaat een vorm van gewrichtsneurose, waarbij operatief ingrijpen noodzakelijk kan worden.

II.

De meening dat arthritis uratica optreedt bij primaire schrompelnier, verdient alleszins overweging.

III.

Terecht beweert SCHULZL: Es giebt keine einheitliche, scharf begrenzte Krankheitsform, welche man „die traumatische Neurose” nennen könnte.

IV.

In gevallen van vreemd lichaam in het strottenhoofd ga men niet over tot laryngotomie, dan nadat de ver-

wijdering langs endolaryngealen weg, zoo mogelijk ook door een geoefend laryngoloog, tevergeefs beproefd is.

V.

Het gebruik der uterussonde worde zooveel mogelijk beperkt.

VI.

Bij brandwonden behandel men met droog aseptisch verband.

VII.

Bij den dubbelen handgreep na mislukte keering, zorg men in de eerste plaats voor diepe narcose.

VIII.

LOMBROSO's misdadigerstype bestaat niet.

IX.

Bij dementia paralytica bestaat primaire verandering der zenuwelementen.

X.

Voor den oogheekundige niet minder dan voor den oorarts, is kennis der rhinologie onmisbaar.

XI.

Men behandelde niet alle patella-fracturen volgens ééne bepaalde methode.

XII.

Bij krankzinnigen, die constant weigeren eenig voedsel tot zich te nemen, aarzele men niet over te gaan tot voeding met de maagsonde.







